

Nota
Lokaal Gezondheidsbeleid
Gemeente Voorst



2007 - 2010

Nota
Lokaal Gezondheidsbeleid
Gemeente Voorst

2007 - 2010

Afdeling Welzijn
Zorg en
Burgerzaken

Vastgesteld op 7 mei 2007

Inhoud

Inleiding	4
1 Gemeentelijk en landelijk gezondheidsbeleid	5
1.1 Gezondheid	5
1.2 Gemeentelijke verantwoordelijkheden	6
1.3 Openbare gezondheidszorg	6
1.4 Lokaal gezondheidsbeleid	7
1.4.1 Zorgbeleid	7
1.4.2 Integraal gezondheidsbeleid	7
1.4.3 Preventiebeleid	8
1.5 De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)	8
1.6 De GGD	9
1.7 De Lokale gezondheidsnota en de WCPV	9
1.8 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)	9
1.9 Relatie tussen de WCPV en de Wmo	10
1.10 De landelijke preventienota: Kiezen voor gezond leven	11
2 Analyse gezondheidssituatie in de gemeente Voorst	
2.1 Het analyseren van de gezondheidssituatie	13
2.2 Hoe gezond is Nederland	13
2.2.1 Internationaal vergeleken	13
2.2.2 Ziektebeelden	13
2.2.3 Ongezond gedrag	14
2.2.4 Invloed van de sociaal economische positie	14
2.2.5 Regionale verschillen	14
2.3 Demografische gegevens gemeente Voorst	15
2.4 De gemiddelde levensverwachting in Voorst	16
2.5 Specifieke onderzoeken in de regio	17
2.5.1 Regionale Jeugdmonitor Oost-Veluwe 2006	18
2.5.2 E-MOVO 2003	19
2.5.3 Volwassenen 18-65 jaar	20
2.5.4 Ouderenonderzoek 2005 (65+)	20
3 Evaluatie huidig lokaal gezondheidsbeleid	
3.1 Evaluatie gezondheidsbeleid in de regio Gelre-IJssel	24
3.2 Evaluatie gezondheidsbeleid in de gemeente Voorst	24
3.2.1 Versterken jeugdgezondheidszorg voor 0 - 4 jarigen (risicoregistratie)	25
3.2.2 Kwaliteitseisen peuterspeelzalen	26
3.2.3 Preventief gezondheidsonderzoek basisonderwijs	28
3.2.4 Zorgnetwerken (0 – 23 jaar)	30
3.2.5 Preventieproject BijDRAge (voorlichting jongeren: drugs, roken alcohol)	31
3.2.6 Versterken van contacten met de eerstelijnszorg	32
3.2.7 Vermindering eenzaamheid bij ouderen	33
3.3 Maatwerk jeugdgezondheidszorg	35
3.3.1 Evaluatie Maatwerk Jeugdgezondheidszorg 2005	35
3.4 Andere lopende projecten	36

3.4.1	BIOS-project	36
-------	--------------	----

4 Lokaal gezondheidsbeleid 2007- 2010

4.1	Zorgbeleid, integraal gezondheidsbeleid en preventiebeleid	37
4.2	<u>Voortzetting lopende projecten</u>	
4.2.1	Intensivering: project eenzaamheid bij ouderen	37
4.3	<u>Voortzetting projecten met een bijzondere status</u>	38
4.3.1	Preventief gezondheidsonderzoek basisonderwijs	38
4.3.2	Preventieproject BijDRAge (voorlichting jongeren: drugs, roken alcohol)	38
4.4	<u>Nieuwe projecten</u>	39
4.4.1	Preventieprogramma's voor jongeren: beweging, voeding en gewicht	39
4.4.2	Bewegen voor ouderen	40
4.4.3	Gerichte gezondheidsvoorlichting via internet in samenwerking met de GGD	42
4.4.4	Valpreventie voor ouderen.	42
4.5	Maatwerk Jeugdgezondheidszorg 2007	43
4.6	Alcoholmatigingsproject van regio Stedendriehoek	43
4.7	Toekomstige evaluatie gezondheidsbeleid in de gemeente Voorst	44

Bijlagen

Bijlage 1	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	45
Bijlage 2	Relevante wetgeving voor gemeentelijk gezondheidsbeleid	46
Bijlage 3	Regie WCPV-taken gedeeltelijk bij gemeenten	48
Bijlage 4	Gezondheidsbeïnvloedende ontwikkelingen in Nederland	49
Bijlage 5	Gezondheidszorgontwikkelingen in Nederland	50
Bijlage 6	Algemene gezondheidsvergelijking regio Gelre-IJssel met de Nederlandse gemiddelden	51
Bijlage 7	E-MOVO 2003: vergelijking jongeren gemeente Voorst met de regio	52
Bijlage 8	Ouderenonderzoek 2005: vergelijking senioren gemeente Voorst met de regio Gelre-IJssel	53
Bijlage 9	Verslag bijeenkomst 30-11-2006: presentatie Ouderenonderzoek 2005	54
Bijlage 10	'Halt! U valt', valpreventie voor ouderen in Voorst.	58

Inleiding

Wenst men iemand een lang leven toe, dan volgen weldra de woorden "in goede gezondheid." Gezondheid bepaalt in niet geringe mate de kwaliteit van leven. En gezondheid is niet alleen van bijzondere waarde voor het individu, maar ook voor de maatschappij. De volksgezondheid bepaalt de vitaliteit en de veerkracht van onze samenleving.

De landelijke overheid gebruikt de gemiddelde levensverwachting als meetlat voor de gezondheidstoestand. Jarenlang zat Nederland wat betreft de gezondheid in de internationale top. Helaas is hier in de loop der jaren verandering in gekomen. Een belangrijke oorzaak is ongezond gedrag.

De noodzaak is daar om te investeren in preventie, omdat hierdoor een aanzienlijke gezondheidswinst te boeken valt. Voorkomen is immers beter dan genezen. Dit kan vooral door het bevorderen van gezond gedrag. De inzet van gemeenten is hierbij van essentieel belang, aangezien zij het dichtst bij de burger staan.

In de loop van 2002 werd de eerste Nota lokaal gezondheidsbeleid Voorst door de gemeenteraad vastgesteld. Inmiddels zijn gemeenten verplicht geworden om eens in de vier jaar een nieuwe nota te schrijven. Het is dus tijd voor nieuw Lokaal gezondheidsbeleid. Ditmaal voor de periode 2007 – 2010.

In het eerste hoofdstuk van deze nota wordt het wettelijk kader uiteengezet, waarna in hoofdstuk twee de gezondheidssituatie in de gemeente Voorst wordt geanalyseerd. In hoofdstuk drie wordt het huidige gezondheidsbeleid geëvalueerd.

Op basis van deze evaluatie, het wettelijk kader, nieuwe onderzoeken en nieuwe ontwikkelingen, wordt in hoofdstuk vier voorgesteld met twee lopende projecten door te gaan én met een aantal nieuwe projecten te starten.

1 Gemeentelijk en landelijk gezondheidsbeleid

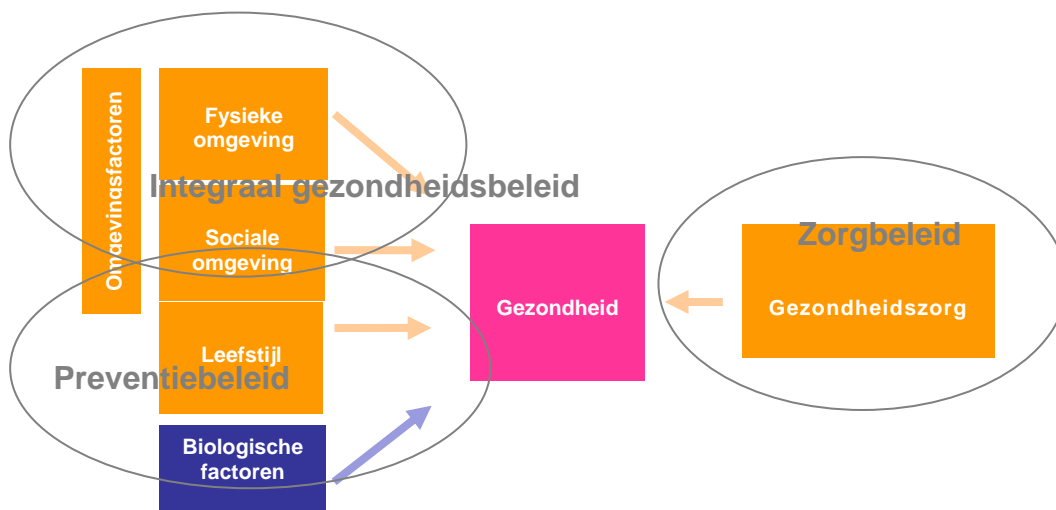
1.1 Gezondheid

Gezondheid kan worden omschreven als een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) gaat zelfs een stap verder en gebruikt de definitie "Gezondheid is een toestand van *volledig* lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken."

Voor deze nota is de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie goed bruikbaar, want bij deze beschrijving van gezondheid wordt niet alleen naar het lichaam gekeken. Het gaat om de hele mens en om alle factoren die van invloed zijn op de gezondheid van die mens.

Een veelgebruikt model om de factoren die van invloed zijn op gezondheid in kaart te brengen is het model van Lalonde.

Figuur 1: Model van Lalonde



Lalonde onderscheidt vier determinanten van gezondheid: biologische en erfelijke factoren, omgevingsfactoren (de fysieke en sociale omgeving), leefstijlfactoren en de gezondheidszorg.

Bij de biologische en erfelijke factoren gaat het vooral om de aangeboren eigenschappen: de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte. De tweede determinant die invloed op de gezondheid van de mens heeft is de omgeving. Hierbij gaat het om de invloeden die buiten het menselijk lichaam liggen en waarover het individu weinig of geen controle heeft. Zoals milieuvervuiling, de ruimtelijke ordening en infectieziekten. Bij leefstijl, de derde determinant, ligt dit anders. Mensen hebben een grote invloed op hun manier van leven. Ongezond eten, weinig bewegen, stress, roken en het overmatig gebruik van alcohol en drugs, zijn over het algemeen niet bevorderlijk voor de gezondheid. Door verandering van gedrag kan een

individuele risico's op ziekten verkleinen. De vierde determinant is de gezondheidszorg. Bepalend zijn de kwaliteit, de kwantiteit en de bereikbaarheid van de geleverde diensten.

Gezondheid en gezond gedrag zijn in de eerste plaats een individuele zaak, maar uit het bovenstaande model blijkt dat meerdere factoren een rol spelen. Het beïnvloeden van de biologische factoren valt buiten het bereik van het gemeentelijk gezondheidsbeleid (daarop richt zich de medische sector), maar gemeenten kunnen hun lokaal gezondheidsbeleid succesvol inzetten op de volgende drie terreinen:

- **Gezondheidszorg: zorgbeleid**
Gezondheidszorg: de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.
- **Omgevingsfactoren: integraal gezondheidsbeleid (facetbeleid)**
Omgevingsfactoren (de fysieke en sociale omgeving): wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten.
- **Leefstijl/ gedrag: preventiebeleid**
Leefstijlfactoren: het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).

1.2 Gemeentelijke verantwoordelijkheden

De gemeente heeft op basis van verschillende wetten een bepaalde verantwoordelijkheid voor de gezondheid van haar burgers. Om te beginnen geeft de grondwet aan dat gemeenten verantwoordelijkheden hebben op het brede volksgezondheidssterrein. Verder hebben gemeenten taken op terreinen die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloeden: welzijn, volkshuisvesting, milieu, verkeer, onderwijs, sociale zekerheid en openbare orde.

Bovendien zijn er wetten die door de gemeente uitgevoerd worden en direct van invloed zijn op de gezondheid van de inwoners van de gemeente Voorst. Allereerst is er de Wet werk en bijstand (WWB), die voor alle inwoners een minimuminkomen garandeert. Ook kan bijzondere bijstand verstrekt worden voor noodzakelijke sociaal-medische uitgaven waarin andere wetten en regelingen niet voorzien. Daarnaast wordt tot eind 2006 een breed scala aan individuele voorzieningen verstrekt op grond van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG). Samen met onder meer de Welzijnswet en onderdelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), zal de WVG vanaf 1 januari 2007 opgaan in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Enerzijds voorziet deze nieuwe wet in individuele verstrekkingen, anderzijds is het voorwaarden scheppend. Tot besluit moet de gemeente de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) uitvoeren. Deze wet richt zich op collectieve preventie.

1.3 Openbare gezondheidszorg

Openbare gezondheidszorg (OGZ) is gericht op collectieve preventie. Collectieve preventie is een breed gebied. Het meest karakteristiek aan deze zorg is dat er eerder sprake is van een maatschappelijke dan van een individuele hulpvraag. Bij openbare gezondheidszorg gaat het om zorg voor de gezondheid van de samenleving, van risicogroepen en van

mensen die tussen de wal en het schip vallen. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individuerichte zorg aan die zich met name richt op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care).

Naast collectieve preventie omvat de OGZ ook activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg, en het acuut optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen. Voor meer informatie wordt verwezen naar bijlage 1 en 2.

1.4 Lokaal gezondheidsbeleid

Het volgende hoofddoel van gezondheidsbeleid en de hieronder genoemde afgeleide doelstellingen worden onderkend:

- **Hoofddoel**

Beleid dat gericht is op behoud of verbetering van de volksgezondheid van de bevolking in de gemeente Voorst.

- **Afgeleide doelstellingen zijn:**

- Verlenging van de gezonde levensverwachting
- Optimale kansen op gezondheid voor iedereen
- Verkleinen van gezondheidsverschillen
- Verhoging van de kwaliteit van leven
- Een goede samenhang in het aanbod, afgestemd op de vraag

Zoals we in paragraaf 1.1 al zagen kan een gemeente met een doeltreffend gezondheidsbeleid een gunstige invloed uitoefenen op een aantal gezondheidsbeïnvloedende factoren. Te weten de gezondheidszorg, de omgevingsfactoren (fysiek en sociaal) en de leefstijlfactoren. Gezondheidsbeleid kan ingedeeld worden in drie deelterreinen: zorgbeleid, integraal gezondheidsbeleid en preventiebeleid.

1.4.1 Zorgbeleid

Het zorgbeleid richt zich op het bevorderen en handhaven van voorzieningen en de bevordering van een goede afstemming van deze voorzieningen op de zorgvraag. Aandachtspunten binnen het zorgbeleid zijn de *bereikbaarheid, toegankelijkheid en spreiding* van de gezondheidsvoorzieningen binnen de gemeente. De gemeente heeft de taak lacunes in de lokale zorgsituatie te signaleren en te voorkomen door te streven naar voldoende capaciteit. Op het moment dat burgers buiten het reguliere zorgsysteem vallen, moet de gemeente zorgregelend kunnen optreden (vangnetfunctie).

1.4.2 Integraal gezondheidsbeleid

In artikel 2 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid is bepaald dat burgemeester en wethouders bij de bestuurlijke beslissingen de gezondheidsaspecten moeten bewaken. In de Memorie van Toelichting staat: "Het beleid van de gemeente moet meer omvatten dan uitvoering van de WCPV door de GGD. Het vormt een onderdeel van het politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen (wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs, welzijn)." Veel beleidsproducten binnen de gemeente

hebben een gezondheidscomponent in zich. Het integrale gezondheidsbeleid (ook wel facetbeleid genoemd) is gericht op een actieve inbreng van gezondheidsaspecten (determinanten) in de bestuurlijke beslissingen.

1.4.3 Preventiebeleid

Preventiebeleid is beleid gericht op het voorkomen van ziekten en het bevorderen van gezondheid door het wegnemen van risico's, het bevorderen van gezond gedrag en het scheppen van voorwaarden voor een gezond bestaan, evenals de vroegtijdige opsporing en het beperken van gevolgen van ziekte. Voor de uitvoering van preventief gezondheidsbeleid is de GGD een belangrijke partner van de gemeente. Ook niet (of niet geheel) door de gemeente gefinancierde instanties, zoals de thuiszorg, jeugdzorg, verslavingszorg, de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de huisartsen verstrekken preventieve zorg. Vanuit de regierol kan de gemeente via afstemmingsoverleg initiatieven nemen en zo indirect sturend optreden.

Een veel gebruikte indeling van preventie is die naar primaire, secundaire en tertiaire preventie. Onder primaire preventie vallen activiteiten die voorkómen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat. De doelgroep bij primaire preventie zijn gezonde mensen. Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord. De ziekte of afwijking kan daardoor eerder worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte is bij deze personen echter nog niet vastgesteld. Bij tertiaire preventie (valt vaak onder de zorg) worden complicaties en ziekteverergering voorkomen. Ook gaat het er hier om mensen, bij wie een ziekte al is vastgesteld, zelfredzamer te maken. Zo is tertiaire preventie van diabetes gericht op het optimaal behandelen van bekende diabetespatiënten, om zo complicaties te voorkómen of uit te stellen

Naast de indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie - ingedeeld naar de doelgroep van preventie - kan het preventieaanbod ook worden ingedeeld naar de methode die wordt gebruikt:

Ziektepreventie: hieronder vallen methoden zoals vaccinatie, screening en gerichte medicatie. Deze methoden zijn erop gericht ziekte bij een individu te voorkómen of vroeg te signaleren.

Gezondheidsbescherming: door het maken van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld op het gebied van roken in openbare ruimtes) en het handhaven daarvan, worden mensen minder blootgesteld aan gezondheidsbedreigende factoren.

Gezondheidsbevordering: richt zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezondheidstoestand. Veelgebruikte methoden daarbij zijn gezondheidsvoorlichting en advies op maat. Daar hoort ook bij dat een sociale en fysieke omgeving wordt gecreëerd die gezond gedrag en gezondheid stimuleert.

1.5 De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van de openbare gezondheidszorg vastgelegd. De WCPV heeft tot doel gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Voor meer informatie wordt verwezen naar bijlage 1.

1.6 De GGD

Voor een deel is de gemeente zelf direct verantwoordelijk voor de uitvoering van de WCPV. *Deze uitvoerende taken zijn grotendeels ondergebracht bij de gemeentelijke gezondheidsdienst, de GGD.* In de WCPV is geregeld dat elke gemeente een GGD in stand moet houden. Er bestaat dan ook een landelijk dekkend netwerk van GGD'en. In de meeste gevallen is de GGD ondergebracht in een gemeenschappelijke regeling en vindt de aansturing van de GGD plaats door een bestuur namens meerdere gemeenten. De omvangrijkste gemeentelijke taken die de GGD'en uitvoeren zijn de jeugdgezondheidszorg en de infectiebestrijding. Andere taken zijn onder andere gezondheidsbevordering en medische milieukunde.

De gemeente Voorst neemt samen met 15 gemeenten deel aan de GGD Gelre-IJssel. Per inwoner wordt jaarlijks een bepaald bedrag afgedragen aan de GGD.

Het Rijk heeft bepaald welke taken de GGD in ieder geval moet uitvoeren. De ruimte die gemeenten hebben om beleid te formuleren op verschillende onderdelen van de openbare gezondheidszorg varieert. In de jeugdgezondheidszorg bestaat het grootste deel bijvoorbeeld uit het vastgelegde basistakenpakket. Maar bij een taak als gezondheidsbevordering is er meer ruimte voor gemeentelijk beleid (zie bijlage 3).

1.7 De Lokale gezondheidsnota en de WCPV

In de WCPV is vastgelegd dat de gemeenten vanaf 2003 iedere vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststellen. De eerste lokale gezondheidsnota van de gemeente Voorst werd in 2002 geschreven en daarna twee maal geëvalueerd. De laatste evaluatie vond plaats in het begin van 2005.

In de eerste nota werd aan de hand van een aantal specifieke projecten aangegeven op welke wijze de gemeente Voorst de haar toegemeten beleidsruimte en financiële middelen wilde benutten om een goed lokaal gezondheidsbeleid te voeren. Ook voor de tweede Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Voorst is dit het uitgangspunt.

1.8 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) maakt de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie van alle burgers. Kwetsbare groepen mogen geen drempels ervaren om deel te nemen aan de maatschappij. De Wmo kenmerkt zich door een volledig decentrale sturingsvisie. Dit betekent dat elke gemeente - binnen de door het Rijk gestelde grenzen - zelf mag bepalen hoe ze maatschappelijke ondersteuning organiseren. Daarnaast zal de Wmo marktwerking stimuleren waardoor organisaties flexibeler moeten gaan inspelen op de wensen van burgers. De gemeenteraad is de voornaamste verantwoordingsplaats voor de uitvoering van de Wmo. Onder de Wmo moeten gemeenten periodiek per prestatieveld aangeven welke doelen ze nastreven, welke activiteiten ze ondernemen, welke resultaten ze daarop behalen en wat de samenhang is tussen de prestatievelden. Dit alles in goed overleg met de relevante organisaties, de burgers en de raad. In de doelstellingen van de Wmo neemt de realisatie en versterking van een zogenaamde *civil society* een belangrijke plaats in. Het doel dat daarmee beoogd wordt, is dat burgers zorg en ondersteuning in hun eigen omgeving organiseren.

De Wmo omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in negen prestatievelden.

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. Het bieden van maatschappelijke opvang (o.a bij huiselijk geweld), waaronder vrouwenopvang;
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

In de Kadernota Wet maatschappelijke ondersteuning gemeente Voorst van september 2006 worden deze negen prestatievelden uitvoerig toegelicht. Zowel in het algemeen, als toegespitst op de situatie in de gemeente Voorst.

1.9 Relatie tussen de WCPV en de Wmo

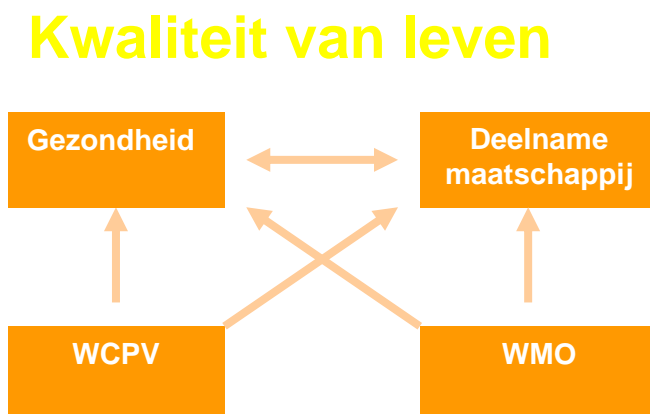
De relatie tussen de beide wetten kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers (zie figuur 2).

De WCPV begeeft zich met name op het gebied van primaire en secundaire preventie (zie 1.4.3 Preventiebeleid) en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De Wmo richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie en heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij.

Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, zo is uit menig onderzoek gebleken. Andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij weer mogelijk.

De relatie tussen de WCPV en de Wmo geeft inzicht in het belang van primaire en secundaire preventie. Het lijkt aannemelijk dat deze vormen van preventie op de lange termijn niet alleen aantoonbaar gezondheidswinst opleveren, maar dat het ook van invloed zal zijn op de financiering van de Wmo.

Figuur 2 : WCPV en WMO onmisbare pijlers voor kwaliteit van leven.



1.10 De landelijke preventienota: Kiezen voor gezond leven

Nadat in dit eerste deel van deze Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Voorst de specifieke landelijke wetgeving is belicht, zoals de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), sluiten we af met de landelijke preventienota *Kiezen voor gezond leven*.

Deze preventienota van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd in het najaar van 2006 door de minister aangeboden aan de Tweede kamer der Staten-Generaal. Hij geeft hierin, namens het kabinet, voor de komende vier jaar de landelijke prioriteiten aan op het gebied van de collectieve preventie vastgesteld. In navolging van de nota *Langer gezond leven* uit 2003, geeft ook deze nieuwe nota "richting aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid, die in 2007 klaar moeten zijn."

In de nota geeft de minister de zes belangrijkste volksgezondheidsproblemen aan: psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, kanker, ziekten van het bewegingsapparaat, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes. Deze hoofdproblemen zijn gekozen op basis van de volgende criteria:

- het zijn omvangrijke gezondheidsproblemen,
- met grote (toekomstige) maatschappelijke gevolgen voor gebruik van medische voorzieningen en arbeidsdeelname,
- waarvan gezond gedrag de oorzaak (voor een deel) kan beïnvloeden,
- waarvoor geschikte (kosten)effectieve interventies beschikbaar zijn die het gezondheidsprobleem kunnen voorkomen of verkleinen,
- die interventies worden nog niet op grote schaal uitgevoerd,
- en de overheid een rol kan vervullen in de aanpak van het gezondheidsprobleem.

In de nota zijn vijf speerpunten gekozen, omdat ze een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van onze belangrijkste volksgezondheidsproblemen. Het zijn:

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht (bewegen en voeding)
- Diabetes
- Depressie

Deze speerpunten behoren richtinggevend te zijn voor de prioriteiten in gemeenten. Hoewel de gemeente Voorst niet verplicht is zich in de komende vier jaar actief te richten op alle vijf punten, verdient het aanbeveling bij de keuze voor de nieuwe projecten voor de periode 2007 tot en met 2010, aansluiting te zoeken bij een deel van deze landelijke projecten.

2 Analyse gezondheidssituatie in de gemeente Voorst

2.1 Het analyseren van de gezondheidssituatie

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) staat dat de Nederlandse gemeenten om de vier jaar een nieuwe Nota lokaal gezondheidsbeleid moeten vaststellen. Een vast onderdeel van deze nota is de analyse van de gezondheidssituatie. In artikel 2 van de WCPV wordt opgemerkt dat burgemeester en wethouders zorg dragen voor het "*verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking.*" In deel II van deze nota zal daarom aan de hand van verschillende onderzoeken een beeld worden geschetst van de gezondheid van de bevolking in de gemeente Voorst.

Om te beginnen een algemeen overzicht *dat ontleend is aan* de landelijke preventienota van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uit het najaar van 2006 (Kiezen voor gezond leven), waarna meer specifieke informatie volgt over Oost-Nederland én het gebied van de 15 gemeenten die verenigd zijn in de GGD Gelre-IJssel. Uiteraard met nadere gegevens over de gemeente Voorst.

2.2 Hoe gezond is Nederland

- Nederland raakt met gezondheid internationaal achterop
- Ongezond gedrag draagt flink bij aan ziektelast
- Lage sociaal-economische status nadelig voor gezondheid
- Aanzienlijke regionale verschillen in gezondheid en risicofactoren

2.2.1 Internationaal vergeleken

Nederlanders leefden in 1960 op één na het langst van alle Europeanen. Nu is Nederland naar de middenmoot gezakt. De levensverwachting van vrouwen in Nederland stijgt minder snel dan in de meeste andere EU-landen. Vrouwen staan nu op de twaalfde plaats van de 25 EU-lidstaten. Zij leven sinds 1950 gemiddeld 8,3 jaar langer en worden gemiddeld 80,9 jaar. Mannen staan op de achtste plaats van de EU-lidstaten. Zij leven sinds 1950 gemiddeld 5,8 jaar langer en worden gemiddeld 76,2 jaar. Japan scoort wereldwijd het hoogst: daar worden vrouwen gemiddeld 85,3 jaar en mannen 78,4 jaar (WHO, 2004).

Hoewel deze gegevens zijn ontleend aan de landelijke preventienota van VWS uit het najaar van 2006, geeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over het jaar 2005 cijfers die voor de Nederlandse bevolking iets hoger liggen (zie 2.4).

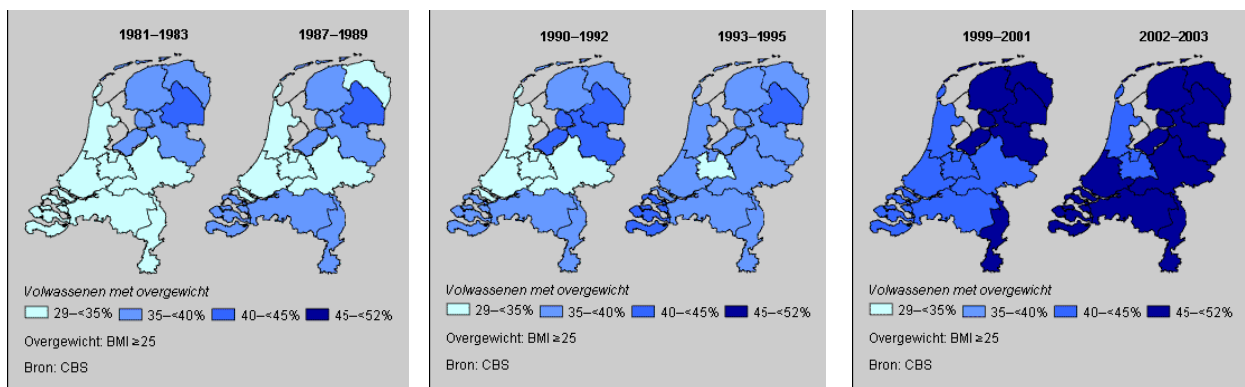
2.2.2 Ziektebeelden

Sterfte, de ziekten zelf én het verlies aan kwaliteit van leven, bepalen samen de ziektelast van een aandoening. De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn achtereenvolgens: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressies. Vervolgens: diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie. Hart- en vaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. Ook aan chronische luchtwegaandoeningen (longemfyseem en chronische bronchitis) gaan veel mensen dood. Psychische stoornissen tasten de kwaliteit van leven (ernstig) aan.

2.2.3 Ongezonder gedrag

Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht leveren een forse bijdrage aan deze ziekten. In Nederland roken meer vrouwen dan in de ons omringende landen. Mensen kunnen tien jaar langer leven als ze op hun dertigste stoppen met roken. Nederlanders drinken relatief weinig alcohol in vergelijking met andere Europeanen, *maar jongeren drinken juist vaker en vooral meer. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging* (Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar, Trimbosinstituut 2006).. Fors alcoholgebruik op jonge leeftijd is van invloed op de cognitieve ontwikkeling en -prestaties- van de jeugd en heeft bovendien ook veel andere schadelijke gevolgen. Overgewicht is een steeds grotere plaag voor de Nederlandse volksgezondheid, vooral bij kinderen. De balans tussen eten en bewegen is danig verstoord. Met een gezond gewicht op je twintigste, kun je 4,5 jaar langer leven.

Figuur 3: Ontwikkeling van overgewicht in Nederland (1981-2003).



2.2.4 Invloed van de sociaal economische positie

Mensen uit armere milieus (een lage sociaal-economische status, SES) gaan gemiddeld vier jaar eerder dood dan mensen uit rijkere milieus (een hoge SES). Armere mensen leven gemiddeld twaalf jaar korter in goede gezondheid dan rijkere, als gevolg van chronische aandoeningen en beperkingen. Mensen met een lage sociaal-economische status leven over het algemeen ongezonder (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaal-economische status. De verschillen in gezondheid en leefstijl tussen deze groepen zijn de afgelopen tijd niet veranderd: ze zijn stabiel gebleven in de periode 1990-2003.

2.2.5 Regionale verschillen

De GGD'en voeren in opdracht van gemeenten de gemeentelijke taken op het terrein van de openbare gezondheidszorg uit. GGD-regio's in Nederland kennen onderling aanzienlijke verschillen in gezondheid en in het voorkomen van risicofactoren. Zo varieert het percentage rokers van bijna 28 procent in Noord Kennemerland tot ruim 36 procent in Oostelijke Zuid-Limburg. Het verschil tussen de regio's met de hoogste en de laagste gezonde levensverwachting is twaalf jaar.

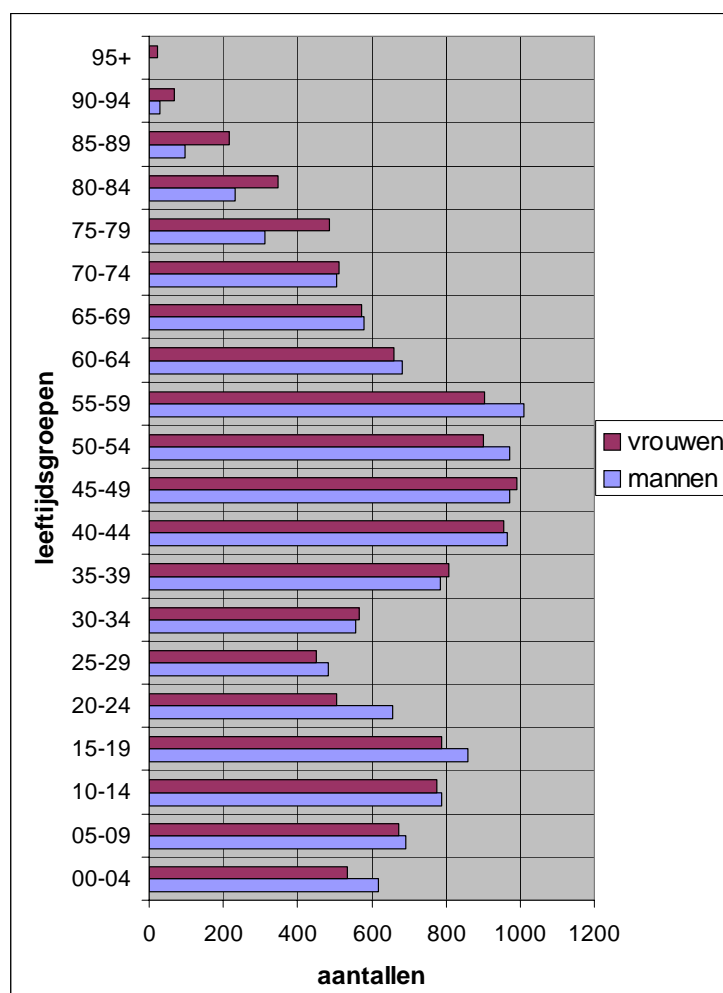
2.3 Demografische gegevens gemeente Voorst

In de gemeente Voorst woonden 23.522 mensen op 01 januari 2006.

In cijfers ziet de leeftijdsopbouw er als volgt uit:

00 tot en met 14 jaar	4.078
15 tot en met 29 jaar	3.736
30 tot en met 44 jaar	4.635
45 tot en met 64 jaar	7.087
65 jaar en ouder	3.986
----- +	
	23.522

Figuur 4: grafiek leeftijdsopbouw inwoners in de gemeente Voorst op 01-01-2006



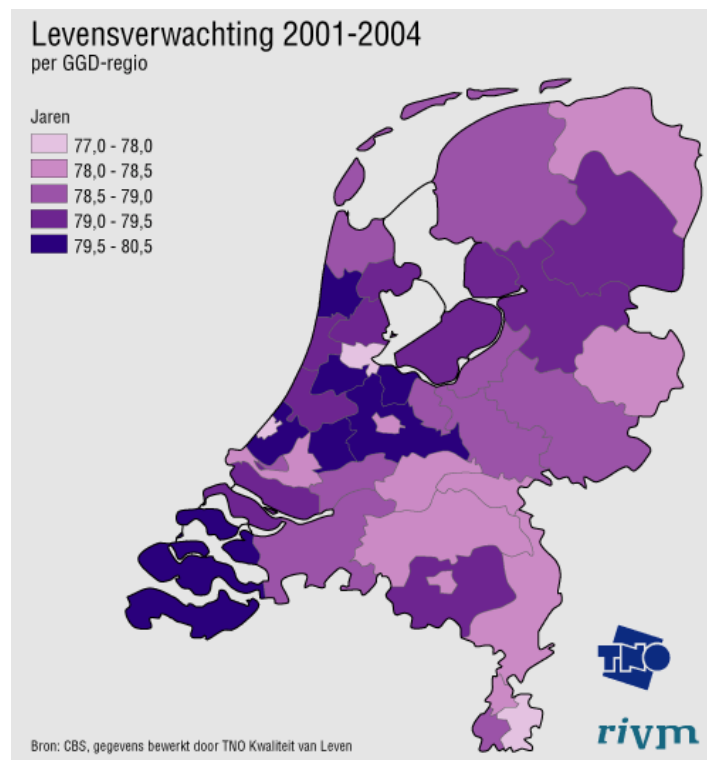
Voor meer demografische gegevens wordt verwezen naar Voorst in cijfers 2006 (ook digitaal beschikbaar).

2.4 De gemiddelde levensverwachting in Voorst

Samen met vijftien gemeenten – waaronder Apeldoorn, Deventer en Zutphen - vormt de gemeente Voorst de GGD-regio Gelre-IJssel. Hoe gezond de bevolking is, kan afgelezen worden aan verschillende maatstaven. Eén daarvan is de levensverwachting *bij geboorte*.

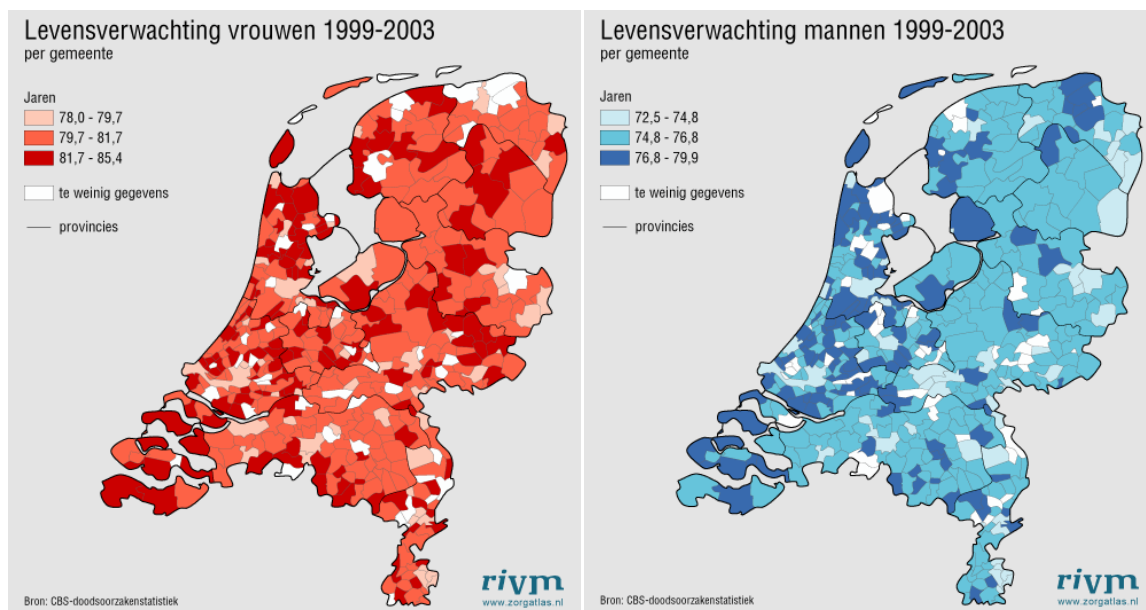
In de jaren 2001-2004 zijn de gemiddelde levensverwachtingen per GGD-regio in Nederland geïnventariseerd en in kaart gebracht. Op basis van dit onderzoek werd vastgesteld dat in die periode de gemiddelde levensverwachting in Nederland voor mannen 76,3 jaar was en voor vrouwen 81,1 jaar. Uit ditzelfde onderzoek bleek dat in de regio Gelre-IJssel de levensverwachting 76,2 jaar voor mannen was en 81,2 jaar voor vrouwen. Op basis van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat in de periode 2001-2004 de levensverwachting in de regio Gelre-IJssel vrijwel gelijk is aan het landelijk gemiddelde.

Figuur 5: de regio Gelre-IJssel heeft in een onderzoek over de periode 2001-2004 een gemiddelde levensverwachting van 76,2 jaar voor mannen en 81,2 jaar voor vrouwen. Dit is vrijwel gelijk aan het gemiddelde voor Nederland.



Uit een eerder onderzoek, waarin specifiek werd gekeken naar de levensverwachting per gemeente over de periode 1999-2003, bleek de levensverwachting voor zowel mannen als vrouwen *in de gemeente Voorst* zelfs tot de hoogste te behoren van heel Nederland (bron: CBS/TNO/RIVM).

Figuur 6: de gemeente Voorst heeft in een onderzoek over de periode 1999-2003 een gemiddelde levensverwachting die behoort tot de hoogste van Nederland. Voor mannen tussen de 76,8 en 79,9 én voor vrouwen tussen de 81,7 en 85,4.



Naast het kijken naar de gemiddelde levensverwachting op het moment van geboorte, kan ook worden gekeken naar het aantal jaren waarin wordt verwacht - gemiddeld genomen op het moment van geboorte - in als goed ervaren gezondheid verwacht te leven. Op basis van het eerder genoemde onderzoek over de periode 2001-2004 kan worden vastgesteld dat deze levensverwachting in goede gezondheid, gemiddeld genomen, in de regio Gelre-IJssel hoger ligt dan het landelijke gemiddelde.

	Algemene levensverwachting		levensverwachting in (als goed ervaren) gezondheid	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Landelijk	76,3	81,1	62,2	61,7
Gelre-IJssel	76,2	81,2	63,6	62,2

Inmiddels heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over het jaar 2005 overlevingstafels naar leeftijd en geslacht opgesteld. Op basis van deze nieuwste cijfers kan worden vastgesteld dat de gemiddelde levensverwachting bij geboorte voor mannen 77,2 jaar is en voor vrouwen 81,6 jaar.

2.5 Specifieke onderzoeken in de regio

De GGD'en in Nederland, waaronder de GGD Gelre-IJssel, verrichten regelmatig een groot onderzoek onder één bevolkingsgroep. Dergelijke onderzoeken bieden inzicht in de lokale gezondheidssituatie en bieden aanknopingspunten voor beleid. In de afgelopen jaren is in deze regio vooral onderzoek gedaan naar jongeren in het voortgezet onderwijs en ouderen vanaf 65 jaar. Er zijn vergaande plannen in de naaste toekomst een onderzoek in te stellen onder de bevolking van 18 tot 65 jaar. Als aanvulling op de onderzoeken van de GGD is ook onderzoek gedaan naar jongeren tot 12 jaar. Van al deze actuele onderzoeken zal hieronder in het kort een indruk worden gegeven.

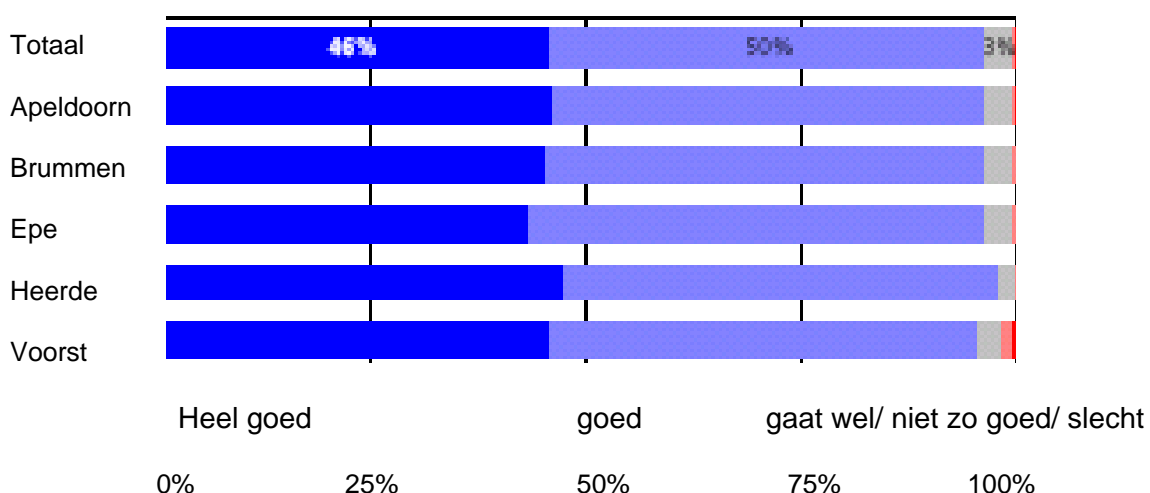
2.5.1 Regionale Jeugdmonitor Oost-Veluwe 2006

De gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde en Voorst hebben recent het onderzoeksbureau I&O Research opdracht gegeven een regionale jeugdmonitor samen te stellen met als doelgroep de 0 tot en met 11 jarigen die in deze vijf Oost-Veluwse gemeenten wonen. Dit met het oog op de coördinatie, afstemming en gezamenlijke uitvoer van jeugdbeleid. Dit heeft geresulteerd in de Regionale Jeugdmonitor Oost-Veluwe 2006. De informatie in de monitor komt uit een aantal statistieken en een peiling onder de doelgroep(en), waarbij de jongeren vanaf negen jaar zelf inzicht geven in hun persoonlijke situatie en ouders van kinderen tot acht jaar dat doen namens hun kinderen.

In dit onderzoek is ook aandacht besteed aan de gezondheid. Samengevat wordt het volgende opgemerkt:

Ouders beoordelen de gezondheid van het kind overwegend (zeer) goed. Dat neemt niet weg dat over alle leeftijdscategorieën gemeten ongeveer één op de acht kinderen overgewicht heeft. Ouders staan sterk afkeurend ten opzichte van drugsgebruik en roken door hun kinderen, ook boven de 16 jaar. Opvallend is dat kinderen van 9 tot en met 11 jaar een nog negatievere houding hebben ten opzichte van roken dan hun ouders. Ten aanzien van alcoholgebruik is er duidelijk meer acceptatie, althans vanaf 16 jaar. De landelijke discussie over het ophogen van leeftijdsgrenzen voor het gebruik van alcohol lijkt niet op voorhand te leven in Oost-Veluwe. Er zijn lokale verschillen in de houding ten opzichte van alcoholgebruik op jeugdige leeftijd. De houding van de kinderen van 9 tot en met 11 jaar ten opzichte van genotmiddelen wijkt waarschijnlijk in aanzienlijke mate af van het daadwerkelijk gedrag op (iets) latere leeftijd. De overwegend afwijzende houding van kinderen betekent vanuit gezondheidsperspectief een goed aanknopingspunt voor voorlichting en advies om deze houding te continueren in een wat oudere leeftijdscategorie, waarbij dan wel de overgang naar middelbaar onderwijs moet worden gemaakt.

Figuur 7: beoordeling gezondheid kind, per gemeente (in %). De beoordeling van de gezondheid van de kinderen in de gemeente Voorst door de ouders was heel goed (46 %), goed (49 %), gaat wel (3%), niet zo goed (1%) en slecht (1%).



Een veel gebruikte maat voor het beoordelen van het lichaamsgewicht is ook bij kinderen de Body Mass Index (BMI). De BMI wordt berekend door het gewicht in kilo's te delen door de lengte in meters in het kwadraat. Tot de leeftijd van 18 jaar is

de beoordeling van de BMI anders dan bij volwassenen, omdat bij kinderen lengte en gewicht sterk afhangen van de leeftijd omdat ze nog in de groei zijn. In internationaal verband is vastgesteld bij welke BMI-waarden bij kinderen sprake is van een gezond gewicht, overgewicht en obesitas. Voor ondergewicht bij kinderen zijn geen BMI-waarden vastgesteld. In de voorlichting wordt daarvoor meestal gekeken naar de BMI-waarden die horen bij de laagste groeicurve. Het percentage kinderen dat volgens de BMI een te hoog gewicht heeft, fluctueert per leeftijdscategorie sterk. Volgens opgave van de ouders is een kwart van de jongetjes van 6 jaar te zwaar. Het hoogste aandeel meisjes met overgewicht komt voor onder 8-jarigen (22 procent is te zwaar is). Over alle leeftijden is gemiddeld 13 procent van zowel de jongens als de meisjes te zwaar.

Overgewicht per leeftijdsjaar

	jongens	meisjes
2 jaar	14%	7%
3 jaar	7%	9%
4 jaar	9%	10%
5 jaar	9%	9%
6 jaar	23%	12%
7 jaar	14%	17%
8 jaar	15%	22%
9 jaar	19%	11%
10 jaar	12%	17%
11 jaar	16%	19%
totaal	13%	13%

Hoewel de bovenstaande cijfers gebaseerd zijn op gegevens die niet door derden nauwkeurig gecontroleerd zijn, en uit andere onderzoeken is gebleken dat mensen zelf niet altijd even juist hun eigen gewicht en de lengte vaststellen, past het bovenstaande in het landelijk beeld. Het zijn dan ook cijfers waarmee rekening gehouden kan worden.

2.5.2 E-MOVO 2003

In het schooljaar 2003/2004 hebben de GGD'en in Gelderland en Overijssel het grootschalige project E-MOVO (Elektronische MOonitor en VOorlichting) uitgevoerd. Leerlingen uit de klassen 2 en 4 van het voortgezet onderwijs hebben op school via internet een vragenlijst ingevuld over hun gezondheid en leefstijl. Verreweg de meeste jongeren in Oost-Nederland (92%) ervaren hun algehele gezondheid als goed tot uitstekend. Kortom: de meeste jongeren lijken in goede gezondheid op te groeien.

De jongeren in Voorst zijn over het algemeen tevreden met hun gezondheid. 40% noemt zijn/haar gezondheid 'uitstekend' of 'zeer goed'. En ruim de helft noemt de gezondheid 'goed'. Slechts 9% noemt zijn of haar gezondheid 'matig' of 'slecht'. Meisjes zijn minder tevreden over hun eigen gezondheid dan jongens. Ze geven vaker aan dat hun gezondheid 'matig' of 'slecht' is (13% tegenover 5% van de jongens).

Met de psychische gezondheid is het minder goed gesteld: 16% geeft aan dat ze zich psychisch niet geheel gezond voelen. In de regio Gelre-IJssel is dat 14%, en in de gemeente Voorst beschouwt 12 % van deze jongeren zichzelf als psychisch ongezond.

E-MOVO 2003 in cijfers: vergelijking gemeente Voorst met de Gelre-IJssel regio

Gemeente	Roken (% min. 1x / wk.)	Alcohol (% dat wel eens drinkt)	Heeft overgewicht %	Onvoldoende beweging %	Psychisch ongezondheid %
-Voorst	15	82	8	15	12
Regio Gelre-IJssel	15	74	8	21	14
Oost Nederland	15	73	8	23	16

Gemeente	Ontbijt minder dan 5 dg. / wk.	Groente niet elke dag %	Fruit niet elke dag %
-Voorst	17	60	68
Regio Gelre-IJssel	19	61	69
Oost Nederland	21	62	70

Voor meer informatie wordt verwezen naar bijlage 7, waarin een vergelijking wordt gemaakt met de jongeren in de overige gemeenten in de Gelre-IJssel regio.

Belangrijke aandachtspunten voor preventie zijn:

- Het terugdringen van het gebruik van **genotmiddelen** (met name roken en overmatig alcoholgebruik).
- Het stimuleren van een **gezond voedingspatroon en voldoende beweging** en het voorkómen van **overgewicht**.
- Het terugdringen en voorkómen van **psychische problematiek**.

De problemen in deze regio komen in grote lijnen overeen met de landelijke problemen. Op een aantal aspecten scoren jongeren uit de Stedendriehoek iets gunstiger dan de jongeren in Oost Nederland: ze ontbijten iets vaker en eten vaker fruit.

2.5.3 Volwassenen 18-65 jaar

Het laatste onderzoek onder volwassenen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar is in de voormalige regio Stedendriehoek uitgevoerd in 1992. In de voormalige regio Achterhoek is niet eerder een algemeen gezondheidsonderzoek onder volwassenen uitgevoerd. Om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie van volwassenen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar overweegt de GGD Gelre-IJssel in de naaste toekomst opnieuw een onderzoek in te stellen. Bij de derde Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Voorst kunnen die worden benut.

2.5.4 Ouderenonderzoek 2005 (65+)

In overleg met de vijftien gemeenten binnen de GGD Gelre-IJssel is door de GGD in het najaar van 2005 een grootschalig onderzoek gehouden onder zelfstandig wonende ouderen. Dit onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met vrijwel alle andere GGD'en in Gelderland en Overijssel.

Bij dit onderzoek werd specifiek gekeken naar de lichamelijke gezondheid, de psychische gezondheid, de sociale omgeving, de woonsituatie en de woonomgeving, de zorg- en welzijnsvoorzieningen en de leefstijl.

Omdat ook per gemeente onderzoek is verricht, is het mogelijk niet alleen in zijn algemeenheid uitspraken te doen over de zelfstandig wonende ouderen in Oost-Nederland, maar wordt ook een beeld geschetst van de ouderen in de gemeente Voorst. In de gemeente Voorst heeft ruim 10% van alle 65-plussers meegewerkt aan dit onderzoek.

Verreweg de meeste ouderen (77%) beoordelen hun gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend. Dit percentage is in Voorst relatief hoog in vergelijking tot de regio Gelre-IJssel (71%) en Oost Nederland (70%).

68% van de ouderen heeft echter één of meer chronische aandoeningen. Bovendien hebben veel ouderen daarnaast te maken met beperkingen in het dagelijks leven. De meeste beperkingen worden ervaren op het gebied van de mobiliteit (22%). Dit percentage is in Voorst iets lager dan in Oost Nederland (27%). Andere belangrijke beperkingen zijn gehoorbeperkingen (11%) en beperkingen bij het zien (11%).

Zestien procent van de ouderen in Voorst is in de afgelopen drie maanden gevallen. In ongeveer de helft van de gevallen betrof het een val in of om de eigen woning. Vier procent van de ouderen heeft in de afgelopen drie maanden lichamelijk letsel opgelopen ten gevolge van een val.

Evenals in de algemene populatie komt ook bij ouderen veel overgewicht voor. Bijna 60% van de ouderen is te zwaar: 46% heeft overgewicht en 13% heeft ernstig overgewicht. Opgemerkt moet worden dat deze percentages zijn vastgesteld door op dezelfde wijze overgewicht te meten als bij volwassenen tussen de 18 en 65 jaar. In de medische wereld is dit een punt van discussie. Er zou gekozen kunnen worden voor een iets 'soepeler' methode. Maar dan nog blijft het aantal ouderen met overgewicht hoog.

In Voorst is 15% van de ouderen psychisch ongezond. Psychische klachten komen met name voor bij vrouwen boven de 75 jaar. In Voorst is gemiddeld 40% van de ouderen eenzaam. 93% van de ouderen geeft aan (zeer) tevreden te zijn met de contacten die zij met anderen hebben; slechts 1% is (zeer) ontevreden. Toch hebben veel mensen behoefte aan meer contact aangezien blijkt dat veel ouderen zich eenzaam voelen.

Acht procent van de ouderen krijgt professionele hulp bij de persoonlijke verzorging en eveneens 8% krijgt professionele verpleegkundige hulp. Dit heeft te maken met de reeds genoemde lichamelijke beperkingen en beperkingen in de dagelijkse activiteiten. De meeste moeite hebben ouderen met: traplopen, verplaatsen buitenshuis en zich volledig wassen. Een groot deel van de ouderen gebruikt hulpmiddelen om beter te functioneren en langer zelfstandig te kunnen blijven wonen. Zo gebruikt bijna een vijfde van de ouderen een hulpmiddel bij het lopen, 5% van de ouderen een hulpmiddel bij vervoer en 29% gebruikt hulpmiddelen bij dagelijkse activiteiten. Voor de meeste huishoudelijke bezigheden geldt dat een groot deel van de ouderen deze zelf of met hulp van een huisgenoot kunnen uitvoeren. Naarmate de leeftijd toeneemt, worden kleine klusjes, zwaar huishoudelijk werk en klussen met een huishoudtrap echter steeds meer uitbesteed aan anderen. Twaalf procent van de ouderen in Voorst geeft aan in het afgelopen jaar mantelzorg te hebben gekregen.

Dit percentage ligt – strikt genomen – feitelijk hoger, omdat de hulp door de partner door veel ouderen niet als mantelzorg wordt beschouwd. Mantelzorg wordt omschreven als: de extra zorg (meer dan incidenteel en in een persoonlijke relatie gebruikelijk is) die partners, familieleden, vrienden, kennissen en/of burens vrijwillig en onbetaald verlenen aan personen met (ernstige) fysieke, verstandelijke en/of psychische beperkingen in hun familie, het

huishouden of sociale netwerk. Mantelzorg vloeit voort uit een persoonlijke relatie met de zorgvrager. Mantelzorg is informeel, wordt niet in georganiseerd verband uitgevoerd en is vaak geen bewuste keuze. Men rolt erin en heeft vooraf geen idee hoe lang de zorg gaat duren. Zorgen voor een naaste gebeurt meestal uit betrokkenheid, liefde of plichtsgevoel. Het merendeel van de mensen die gebruik maakt van mantelzorg is 65 jaar of ouder. De vooraf bestaande persoonlijke band en morele plicht vormen een belangrijk verschil met vrijwilligerswerk in de zorg. Vrijwilligers verrichten eveneens onbetaald en onverplichte zorgactiviteiten, maar doen dit vanuit een georganiseerd verband. Een vrijwilliger kiest vaak bewust voor een bepaalde taak en kan daar ook weer mee stoppen.

Bij mantelzorg gaat het in de meeste gevallen om begeleiding en vervoer, geldzaken en administratie en/of hulp in de huishouding. Mantelzorg - naast die van de partner - wordt in de meeste gevallen verleend door kinderen.

Dat ouderen ook actief zijn blijkt uit de constatering dat zeven procent van de ouderen in het afgelopen jaar zelf mantelzorg heeft gegeven.

Ook is de ouderen gevraagd naar het gebruik en bekendheid van het zorgloket. Dit blijkt bij ruim de helft van de ouderen niet bekend te zijn. Hierbij dient opgemerkt te worden dat niet specifiek gevraagd is of De Zorgbaak, het zorgloket in de gemeente Voorst, bekend is. Aangenomen wordt - op basis van de ervaring die is opgedaan bij het schrijven van de nota Waar leefbaarheid beweegt (2006) - dat De Zorgbaak goed bekend is.

Met betrekking tot leefstijl is ouderen gevraagd naar enkele voedingsgewoonten. 95% van de ouderen ontbijt minimaal 5 keer per week. 83% van de ouderen in Voorst geeft aan 7 keer per week een warme maaltijd te gebruiken. In Voorst is het percentage ouderen dat elke dag een warme maaltijd eet, relatief hoog vergeleken met de regio Gelre-IJssel en Oost Nederland (79%). In totaal geeft 72% van de ouderen aan wel eens alcohol te drinken. Op basis van de gehanteerde methode wordt een man als een zware drinker beschouwd wanneer hij minimaal 1 dag per week 6 of meer glazen per dag drinkt. Drie procent van de mannen behoort tot de categorie zware drinkers. Voor vrouwen is de maat voor zwaar alcoholgebruik minstens 1 dag per week 4 of meer glazen alcohol. Vier procent van de vrouwen behoort tot deze categorie.

De problematiek bij ouderen vanaf 75 jaar is over het algemeen aanzienlijk groter dan die bij de 65-75 jarigen.

Op basis van dit onderzoek adviseert de GGD Gelre-IJssel beleid en preventie te richten op 6 thema's:

- Eenzaamheid
- Psychische gezondheid
- Valongevallen
- Overgewicht
- Mantelzorg
- Mobiliteitsbeperkingen

Uit de Nota ouderen en gehandicaptenbeleid gemeente Voorst uit mei 2005, de Kadernota Wet maatschappelijke ondersteuning gemeente Voorst van september 2006 én de vorige Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Voorst (inclusief de evaluatie van december 2004), blijkt dat de gemeente Voorst zich al duidelijk richt op de meeste van deze thema's. Een echte nieuwkomer is de aandacht die gevraagd wordt voor valpreventie.

Ouderenonderzoek 2005: vergelijking senioren gemeente Voorst met de regio Gelre-IJssel

Gemeente	Eenzaam %	Psychisch on gezond %	Valongeval afgelopen 3 maanden %	Beperkingen mobiliteit %	Mantelzorg ontvangen afgelopen jaar %
-Voorst	40	15	16	22	12
Regio Gelre-IJssel	41	17	18	26	13
Oost Nederland	41	18	18	27	niet beschikbaar

Gemeente	Drinkt alcohol %	Heeft overgewicht (BMI>25) %
-Voorst	72	59
Regio Gelre-IJssel	70	59
Oost Nederland	niet beschikbaar	niet beschikbaar

Voor meer informatie wordt verwezen naar bijlage 8, waarin een vergelijking wordt gemaakt met de ouderen in de overige gemeenten in de Gelre-IJssel regio.

3 Evaluatie lokaal gezondheidsbeleid

3.1 Evaluatie gezondheidsbeleid in de regio Gelre-IJssel

In de afgelopen jaren is gebleken dat het uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid in de ene gemeente succesvoller verliep dan in een andere gemeente. Meerdere oorzaken liggen hieraan ten grondslag. Zowel bij de ambtenaren van de regio Gelre-IJssel als ook bij de GGD zijn een aantal zaken op beleidsniveaunaar voren gekomen.

- Veelal werd er gewerkt met een kadernota voor vier jaar en ontbrak een concreet uitvoeringsprogramma, waardoor activiteiten uitbleven.
- Ook is gebleken dat het noodzakelijk is om bij de planning de financiële middelen in beeld te brengen en ter besluitvorming voor te leggen.
- Er gaan ambtelijk stemmen op om het lokaal gezondheidsbeleid niet te divers te laten zijn, maar per gemeente voor een beperkt aantal prioriteiten te kiezen.
- Daarnaast zouden de gemeenten, mits zij op hoofdlijnen op een zelfde wijze te werk gaan, meer van elkaar kunnen leren en mogelijk in onderlinge samenwerking activiteiten kunnen ontwikkelen. Dit kan efficiencywinst opleveren en het maakt de onderlinge vergelijkbaarheid en uitwisseling van gegevens makkelijker.
- Tevens zou het wenselijk zijn om de voortgang van het lokale gezondheidsbeleid per gemeente met een zekere regelmaat en op een enigszins eenduidige wijze te evalueren, zowel het proces als de 'producten'.

In zijn algemeenheid kan opgemerkt worden dat de gemeente Voorst zowel in de eerste Nota lokaal gezondheidsbeleid van mei 2002, in de evaluatie van september 2003 én in de evaluatie van december 2004 (in de raad besproken in 2005), constant goed duidelijk heeft gemaakt welke beleidsgebieden prioriteit hadden én wie op uitvoeringsniveau verantwoordelijkheid droeg. Daarbij werd de financiering van meet af aan aangegeven.

Op dit moment worden al verschillende preventieprogramma's gerealiseerd die aansluiten bij regionale en landelijke projecten. Een goed voorbeeld is het project BijDRAage, dat gericht is op kinderen in de hoogste klassen van het basisonderwijs.

Voorgesteld wordt om ook in de toekomst aansluiting te zoeken bij regionale en landelijke initiatieven. Niet alleen wordt dan vaak gebruik gemaakt van reeds beproefde methodieken, ook de kosten worden dan niet onnodig hoog.

De mogelijkheid ook op regionaal niveau het gezondheidsbeleid te evalueren wordt nog nader onderzocht. Waarbij kan worden opgemerkt dat er in ieder geval op bestuurlijk en op ambtelijk niveau regelmatig overleg plaatsvindt in de regio Gelre-IJssel.

3.2 Evaluatie gezondheidsbeleid in de gemeente Voorst

In 2002 werd de eerste Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Voorst geschreven en in de gemeenteraad vastgesteld. Daarna volgde een eerste evaluatie in september 2003 én de tweede evaluatie in december 2004.

Deze tweede evaluatie werd begin 2005 in de gemeenteraad besproken. Op dat moment waren er twaalf (in de evaluatie genoemde) beleidsvoornemens die werden uitgevoerd. Een deel daarvan had een incidenteel karakter. Bijvoorbeeld het verkorten van de wachttijd bij het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO, opgegaan in het Centrum Indicatiestelling Zorg - het CIZ) én het maken van een website voor de Stichting Welzijn Ouderen (SWO). Deze 'afgeronde'

projecten zullen in deze tweede nota niet meer uitgebreid geëvalueerd worden. Over drie andere voornemens: (1) het ontwikkelen van een methode voor gezondheidseffectreëning, (2) het verkrijgen van meer inzicht en invloed in de zorg én (3) het opsporen en behandelen van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) valt – als onderdeel van deze nota – niet zo veel te zeggen.

Gezondheidseffectreëning is regionaal en landelijk nog in ontwikkeling, de zorg is – zeker met de komst van de Wmo – nog meer een onderdeel geworden van het werkveld van de gemeente én het opsporen en behandelen van seksueel overdraagbare aandoeningen behoort tot de reguliere werkzaamheden van de daarvoor verantwoordelijke organisaties.

De zeven resterende projecten die in de tweede evaluatie worden genoemd, zullen in dit hoofdstuk nader worden beschreven. Het gaat om:

- 1 Versterken jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen (risicoregistratie)
- 2 Kwaliteitseisen peuterspeelzalen
- 3 Preventief gezondheidsonderzoek basisonderwijs
- 4 Zorgnetwerken (0 – 23 jaar)
- 5 Preventieproject BijDRAge (voorlichting jongeren: drugs, roken alcohol)
- 6 Versterken van contacten met de eerstelijnszorg
- 7 Vermindering eenzaamheid bij ouderen

Twee daarvan zullen - gelet op hun specifieke karakter - in hoofdstuk vier opnieuw als beleidsvoornemen worden genoemd. De overige vijf zijn langzaam maar zeker ingebed in de reguliere werkzaamheden van de gemeente Voorst en/of de werkzaamheden die op verzoek van de gemeente Voorst door onder meer de Stichting Welzijn Ouderen Voorst, de GGD Gelre-IJssel en de (thuis)zorgorganisatie Vérian worden uitgevoerd.

3.2.1 Versterken jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen (risicoregistratie)

Doelstelling december 2004	Eén regie voor de totale jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen en daarin de versterking van de zorg aan 0-4 jarigen door het consultatiebureau door de uitvoering van diverse taken.
----------------------------	---

Algemeen

Vanaf 2002 zijn de consultatiebureauteams gestart met de risicoregistratie. Het bijzondere hiervan is dat met deze registratie een intensieve en uitgebreide gegevensverzameling is gerealiseerd die de gemeenten nauwkeurig inzicht verschaft in de resultaten van de zorgverlening door de Jeugdgezondheidszorg aan 0-4 jarigen. Eveneens bijzonder is het dat deze gegevens op regionaal niveau uniform zijn, zodat een vergelijking tussen de organisaties mogelijk is. Eenmaal per jaar, op 31 december, is er een 'uitdraai' van de risicoregistratie over het betreffende jaar. Op andere momenten gedurende het jaar kan eveneens een overzicht gemaakt worden, maar dat geeft niet voldoende betrouwbare informatie om conclusies aan te verbinden.

Wat is geregistreerd

- Aantallen kinderen in zorg van 0-4 jaar
- Het bereik van de JGZ 0-4 jaar
- Percentage kinderen waarbij sprake is van een of meerdere risicosituaties. Risicosituatie wil zeggen dat er factoren aanwezig zijn die de ontwikkeling van het kind kunnen bemoeilijken. Voorbeelden van risicosituaties zijn te vroeg geboren kinderen (prematuur) of kinderen met een te laag geboortegewicht (dysmatuur); chronisch zieke kinderen;

alleenstaande ouders; werkeloosheid; verslaafde ouders; psychiatrische problematiek bij ouders; allochtone kinderen; adoptiekinderen; vluchtelingen kinderen en illegale kinderen.

- Percentage kinderen waar uit observatie een bepaalde problematiek is gesignaleerd: geregistreerd is taal/spraak achterstand; ontwikkelingsachterstand en opvoedingsproblematiek.
- Percentage 3-jarige kinderen dat een peuterspeelzaal of kinderdagverblijf bezoekt.

Uitkomsten 2005

1. Bereik

Het bereik van het consultatiebureau in de gemeente Voorst blijft hoog: in 2005 98,8%. Ten opzichte van de voorgaande jaren zijn er minimale verschillen (in 2004 was het bereik 98,7%).

2. Niet verschijnen op een afspraak

Een aantal ouders verschijnt niet met hun kind op de afspraak van het consultatiebureau. De redenen om niet te verschijnen op een afspraak kunnen zeer uiteenlopend zijn. Het consultatiebureau neemt in zulke gevallen altijd contact op met de ouders om een nieuwe afspraak te maken. In situaties waarbij sprake is van risicofactoren en deze kinderen meerdere keren niet verschijnen op het consultatiebureau, hanteert Vérian de procedure "niet verschijnen zonder bericht".

3. Bezoek speelzaal, dagverblijf

Het percentage kinderen in de gemeente Voorst dat op driejarige leeftijd een speelzaal of dagverblijf bezocht was in 2005 76,6%. Ten opzichte van 2004 is dat een lichte daling (was 77,1%). Overigens is die daling een trend die we over de hele linie in de Oost-Veluwe waarnemen: van 70,4% in 2002, naar 65,9% in 2003 en 65% in 2005. De wijkverpleegkundigen krijgen op de consultatiebureaus signalen van ouders die vertellen dat zij hun kind in verband met de kosten niet meer opgeven voor de speelzaal en/of het kind er soms zelfs weer vanaf halen. De JGZ 0-4 vindt dat een zorgelijke ontwikkeling, omdat speelzalen een stimulerende rol kunnen spelen in het bevorderen van de ontwikkeling van het kind.

4. Percentage risicokinderen

Het percentage risicokinderen in de gemeente is 16,5% (18,2% in 2004), dat is onder het percentage gemeten over de hele regio Oost-Veluwe (25,1%). Het percentage risicokinderen in de plaats Voorst is iets hoger (19,6%) dan in de andere plaatsen van de gemeente (Twello 17,5%, Wilp 6,0%, Terwolde 15,7%).

Besluit

De risicoregistratie is begonnen als een maatwerkproject (zie 3.3.), maar is inmiddels een geïntegreerd onderdeel geworden van de werkzaamheden van de consultatiebureaus. Het is dan ook binnen de gelden voor Vérian, dat de werkzaamheden verricht, geen aparte begrotingspost meer.

3.2.2 Kwaliteitseisen peuterspeelzalen

Doelstelling december 2004	Kwaliteitseisen op hetzelfde niveau als van kinderdagopvang door Inspectie peuterspeelzalen door GGD (1x in twee jaar)
----------------------------	--

Evaluatie

De wettelijke kwaliteitseisen op het gebied van gezondheid (o.a. veiligheid en hygiëne) voor peuterspeelzalen waren op het moment dat de eerste Nota lokaal gezondheidsbeleid werd geschreven (2002) niet volledig helder. Vooruitlopend op besluitvorming door het rijk hebben

veel gemeenten het peuterspeelzaalwerk onder de noemer van kinderopvang geschaard. De GGD-eisen die aan particuliere kinderopvang gesteld moesten worden, werden door die gemeenten van toepassing verklaard op de peuterspeelzalen. De gemeente Voorst heeft dit toen bewust niet gedaan, in afwachting van het rijksbesluit.

Wat betreft de peuterspeelzalen *was het in Voorst wel de bedoeling om eenzelfde niveau van veiligheid en hygiëne te hanteren als bij de kinderopvang*. Daarom werden ook in Voorst de eisen voor kinderopvang van toepassing verklaard op de peuterspeelzalen. Omdat er wettelijk geen huisvestingseisen voor peuterspeelzalen waren vastgelegd, koos de gemeente Voorst ervoor om tot nadere besluitvorming de GGD-eisen te hanteren (conform de kinderopvang) en om de peuterspeelzalen te laten voldoen aan het "Rijksbouwbesluit en Bouwbesluit 2^e fase", waarin ook is vastgelegd waaraan onderwijshuisvesting moet voldoen.

Nadat het rijk nieuwe regelgeving had ontwikkeld, werd eind 2004 op landelijk niveau besloten dat peuterspeelzaalwerk lokaal maatwerk blijft en zou vallen onder de Welzijnswet 1994. Dit impliceerde dat er vanaf dat moment geen dwingende regels (meer) zouden zijn voor de kwaliteit en de huisvestingseisen voor peuterspeelzalen en dat deze dus konden verschillen per gemeente. Daarmee is de bovenstaande doestelling "Kwaliteitseisen op hetzelfde niveau als van kinderdagopvang door Inspectie peuterspeelzalen door GGD (1x in twee jaar)" voor de gemeente Voorst komen te vervallen.

Stand van zaken peuterspeelzalen gemeente Voorst

Met de komst van de Wet kinderopvang, die per 1 januari 2005 van kracht is, is definitief een einde gekomen aan het beleid van veel gemeenten (waarvan Voorst zich zoals gezegd distantieerde) om peuterspeelzaalwerk als een vorm van kinderopvang te beschouwen. In de Wet kinderopvang zijn wettelijke kwaliteitseisen opgenomen voor kinderopvang, waarbij de GGD als toezichthouder is aangewezen. De GGD voert landelijk uniforme inspecties uit bij alle geregistreerde kindercentra en gastouderbureau's.

De eisen ten aanzien van accommodaties die gebruikt worden voor peuterspeelzalen zijn niet wettelijk vastgelegd (ze vallen tot 01 januari 2007 onder de Welzijnswet). De gemeente Voorst heeft er voor gekozen om geen aparte verordening peuterspeelzalen te hebben en geen inspecties door de GGD bij de peuterspeelzalen in de gemeente Voorst te laten uitvoeren. Op dit moment is de voorbereiding van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in volle gang. In de Wmo wordt ook de Welzijnswet opgenomen. Binnen de Wmo verandert veel in de wijze waarop zorg, welzijn en maatschappelijke dienstverlening op gemeentelijk niveau wordt georganiseerd, maar zal – vooralsnog - geen consequenties hebben voor de huisvesting van het peuterspeelzaalwerk.

Uitvoering lokaal maatwerk peuterspeelzaalwerk

- *huisvesting*

De gemeente Voorst heeft bij het verbeteren van de huisvesting van de peuterspeelzalen in 2003-2004 de GGD-normen gehanteerd. Op moment van besluitvorming door het rijk (eind 2004), waren alle peuterspeelzalen op één na - Peuterwolde, klaslokaal in basisschool te Terwolde - , verbeterd. Omdat Peuterwolde nog moest worden uitgevoerd is toen (eind 2004) het rijksbesluit aan het college gerapporteerd. Besloten is om de GGD-eisen ook nog voor Peuterwolde te laten gelden, maar het plafond volgens de meerjarenonderhouds-planning van de school in 2008 geheel op te knappen. Het ging hier om een eenmalige investering. Gezien de duidelijkheid op het gebied van wetgeving zijn vanaf 2005 de GGD-eisen losgelaten. Voor onderhoud en vervanging van zaken in het kader van deze GGD-eisen is niet voorzien. Het is de keuze en verantwoordelijkheid van het bestuur van de Stichting Samenwerkende Peuterspeelzalen Voorst (SSPV) om alsnog de GGD-eisen leidend te laten zijn voor de huisvesting. Hiervoor zou het bestuur middelen kunnen reserveren.

Tot slot is door de aanschaf van inventaris voor de peuterspeelzalen met ingang van 2005 voldaan aan het ARBO-convenant “ergonomie peuterspeelzalen”.

- *beleid*

De gemeente Voorst heeft specifiek beleid ontwikkeld gericht op professionalisering en kwaliteitsverbetering van de organisatie, leidsters en huisvesting. Het peuterspeelzaalwerk speelt een belangrijke rol in de voor-vroegschoolse educatie en heeft een hoog ambitieniveau. Naast spelen, ontmoeten, ontwikkelen en signaleren, worden de peuters ook ondersteund bij eventuele ontwikkelingsachterstanden.

Besluit

In de eerste Nota lokaal gezondheidsbeleid Voorst werd het toezien op de kwaliteitseisen van de peuterspeelzalen als een speciaal project beschreven. Het is op dit moment – zoals hierboven uiteen is gezet - een onderdeel geworden van de reguliere werkzaamheden van de gemeente Voorst.

3.2.3 Preventief gezondheidsonderzoek basisonderwijs

Doelstelling december 2004	Opvoedingsproblemen aanpakken door: Uitvoering van een (extra) preventief gezondheidsonderzoek (PGO)
----------------------------	---

Verslag Preventief Gezondheidsonderzoek groep 4 schooljaar 2005 –2006

Het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) in groep 4 van het basisonderwijs wordt op verzoek van de gemeente Voorst verricht en heeft tot doel bedreigingen in de ontwikkelingen van een kind te signaleren, zodat door middel van een advies aan ouders en/of leerkracht óf verwijzing voor behandeling, een verslechtering wordt voorkomen. De bedreiging kan zowel op lichamelijk als op psychisch of sociaal vlak liggen.

Het PGO in groep 4 maakt deel uit van de longitudinale begeleiding van groei en ontwikkeling zoals vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (bij longitudinaal onderzoek worden de jeugdigen in een aantal jaren meerdere keren onderzocht om op die manier hun ontwikkeling te kunnen volgen én bedreigingen te kunnen voorkomen, signaleren en bijsturen). Het onderzoek wordt uitgevoerd door een sociaal verpleegkundige jeugdgezondheidszorg van de GGD Gelre-IJssel. Het feit dat zij ook de leerlingen in groep 7 onderzoekt, contact onderhoudt met de interne begeleider van de school en zitting heeft in het lokale zorgnetwerk, heeft een duidelijke meerwaarde. De uit het onderzoek verzamelde gegevens worden verwerkt in het integrale jeugd gezondheidszorg-dossier (JGZ-dossier) van het kind.

Resultaten

In het schooljaar 2005 –2006 zijn alle 17 basisscholen in de gemeente Voorst bezocht. In totaal zijn 156 jongens en 147 meisjes onderzocht. Dit is ruim 95% van de totale populatie. De belangrijkste reden waarom ouders niet zijn verschenen, is dat het onderzoek door ruimtegebrek niet op school kon plaatsvinden, maar op de GGD-locatie in Apeldoorn gehouden werd. Het onderzoek vond plaats in aanwezigheid van ouder(s). In totaal werden 103 adviezen uitgebracht over 93 kinderen.

Adviezen die zijn verstrekt n.a.v. PGO groep 4 op scholen in de gemeente Voorst in het schooljaar 2005-2006

<u>Diagnose</u>	<u>aantal adviezen</u>
Lengte/gewicht	9
Mondgezondheid	40
Bewegingsstelsel / motoriek	2
Zintuigen	1
Psychosociaal	11
Urogenitaal stelsel, zindelijkheidsproblematiek	24
Restgroep	16
	----- +
	103

Opvallend is het aantal adviezen op het gebied van mondgezondheid. Deze adviezen zijn gebaseerd op de constatering van onvoldoende gebitsverzorging en/of onvoldoende tandartscontrole. Zeker op de leeftijd waarop de leerlingen onderzocht worden, is dit een belangrijk onderwerp, want het melkgebit is vrijwel gewisseld en elke schade is dus blijvend.

Eén leerling werd direct verwezen voor behandeling van psychosociale problemen en over 25% van de leerlingen werd overleg gevoerd met de jeugdarts. Zonodig werd de leerling alsnog door de jeugdarts opgeroepen voor nader onderzoek. Bij het nader onderzoek ging het vooral om lengte/gewicht en overige constatering die gerekend kunnen worden tot de 'restgroep'. De voor school relevante bevindingen zijn - met toestemming van ouders - doorgesproken met de interne begeleider en groepsleerkracht van de school. De bevindingen zijn ook een belangrijke input voor de inbreng van de verpleegkundige in het Zorgnetwerk.

Conclusie

- Het PGO in groep 4 is uitgevoerd bij 303 leerlingen.
- Aan 30% van de leerlingen zijn één of meerdere adviezen gegeven.
- Eén leerling is direct voor hulpverlening verwezen en over 25% is nader overleg gevoerd met de jeugdarts.
- Van deze laatste groep is ruim 20% opgeroepen voor nader onderzoek.
- Mondgezondheid is de meest voorkomende reden voor advisering.
- Het onderzoek past in de longitudinale begeleiding van jeugdigen door de Jeugdgezondheidszorg.
- De uitkomsten worden gebruikt - na toestemming - voor de begeleiding op school en indien van toepassing voor de afstemming in het Zorgnetwerk.

Besluit

Dit is een jaarlijks terugkerende begrotingspost. Het project wordt weliswaar uitgevoerd door de GGD, maar wordt niet bekostigd via de normale vaste gemeentelijke bijdrage, die gekoppeld is aan het aantal inwoners. Dit project behoort tot de zogenaamde '*plusproducten*' van de GGD Gelre-IJssel.

3.2.4 Zorgnetwerken (0 – 23 jaar)

Doelstelling december 2004	Opvoedingsondersteuning algemeen en afstemming tussen diverse partijen door: het opzetten van een zorgnetwerk voor probleemleerlingen op basisscholen.
----------------------------	--

Er zijn 5 gemeentelijke functies omschreven in het kader van preventief jeugdbeleid. Twee daarvan zijn:

- signaleren van problemen door instellingen
- toegang tot het hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen.

Zorgnetwerken sluiten daarop aan.

Momenteel zijn er twee zorgnetwerken in de gemeente Voorst. Eén netwerk specifiek voor de kern Voorst en het andere voor Twello. Het is het streven dat alle basisscholen uit alle kernen vertegenwoordigd zijn in een zorgnetwerk. Momenteel is dat in onvoldoende mate het geval. Samen met Spectrum (Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling in Gelderland) wordt gekeken hoe dit verbeterd kan worden. Waarschijnlijk zal het zorgnetwerk Twello verder groeien.

Het doel van de zorgnetwerken is om door middel van gevalbespreking (casuïstiek) te komen tot een juiste probleemstelling om zodoende in afstemming en samenwerking een goede verwijzing te kunnen plegen voor een adequate aanpak, toegesneden op het kind en zijn omstandigheden. Vanuit de individuele casusbesprekingen wil men komen tot het signaleren van collectieve problemen in de opvoeding en ontwikkeling van kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 - 23 jaar.

De zorgnetwerken zijn samengesteld uit professionele werkers van maatschappelijke instellingen gericht op het werken met, of voor kinderen/jongeren en hun opvoeders. Het zorgnetwerk Voorst is op dit moment kleiner qua samenstelling, aangezien daar bijvoorbeeld geen voortgezet onderwijs aan tafel zit. Bij beide zorgnetwerken is Bureau Jeugdzorg inmiddels ook betrokken, omdat zij - sinds de invoering van de Wet op de Jeugdzorg - de indicatiestelling voor geïndiceerde jeugdzorg moeten verzorgen.

De zorgnetwerken komen gemiddeld 1x per 7 weken bij elkaar en worden ondersteund en voorgezeten vanuit de gemeente.

Deze twee netwerken zijn anders van opzet dan het Jongerenloket dat in Apeldoorn is gevestigd. Het Jongerenloket is een samenwerkingproject van het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI), het Regionaal Meld- en Coördinatiepunt Voortijdig Schoolverlaters (RMC) en de afdelingen Sociale Zaken van de participerende gemeenten, dat specifiek gericht is op scholing en werk. Ook is er samenwerking met de Stadsbank, ROC Aventus, het UWV en de hele keten van (jeugd)hulpverlening. Bij het Jongerenloket worden beperkingen in de eerste plaats gezien als belemmeringen die verholpen moeten worden alvorens met succes bemiddeld kan worden naar scholing en werk.

Besluit

In de eerste Nota lokaal gezondheidsbeleid Voorst werd het opzetten van een zorgnetwerk als een speciaal project beschreven. Het is inmiddels een onderdeel geworden van de reguliere werkzaamheden van de gemeente Voorst.

3.2.5 Preventieproject BijDRAge (voorlichting jongeren: drugs, roken alcohol)

Doelstelling december 2004	Vermindering gebruik genotmiddelen bij jongeren door preventiemaatregelen In de vorm van uitvoering van het project BijDRAge
----------------------------	---

Beschrijving project

Het project 'BijDRAge Voorst' is een voorlichtingsproject voor het Basisonderwijs over Drugs, Roken en Alcohol in de gemeente Voorst. Het project is gericht op structurele inbedding van voorlichting over genotmiddelen op basisscholen in de gemeente Voorst. Het project wordt uitgevoerd in groep (7 &) 8. In totaal nemen 17 scholen uit de gemeente Voorst deel aan het project

De basisschool is bij uitstek geschikt om kinderen voor te bereiden op de keuze of ze gaan roken, drinken of drugs gebruiken. Onderzoek heeft uitgewezen dat kinderen op een steeds jongere leeftijd gaan experimenteren met diverse genotmiddelen. Zo heeft bijvoorbeeld meer dan de helft van de 11- en 12-jarige kinderen wel eens alcohol en tabak geprobeerd. Ook worden zij al op jonge leeftijd geconfronteerd met druggebruik. De lessen over drugs, roken en alcohol op school zijn vooral gericht op het vormen van een eigen mening door de leerlingen. De leerlingen bereiden zich voor op de mogelijkheid dat zij in de (nabije) toekomst voor de keuze komen te staan om te beginnen met roken, drinken en gebruik van (soft)drugs. De kennismaking met genotmiddelen komt meestal onverwacht: tijdens contact met vriend(inn)en, op een feestje, na schooltijd op het schoolplein en dergelijke. Wanneer leerlingen van tevoren hebben nagedacht over het gebruik van genotmiddelen, staan zij steviger in hun schoenen als ze niet willen gebruiken. Zij hebben al een afweging gemaakt tussen de voor- en nadelen en hebben hun antwoord al klaar. Leerkrachten kunnen – samen met de ouders - hun leerlingen helpen een gezonde keuze te maken en hun weerbaarheid met betrekking tot genotmiddelen te vergroten. Dit laatste is vooral belangrijk wanneer deze leerlingen binnenkort de overstap van het basisonderwijs naar het voortgezet onderwijs maken. De materialen die worden gebruikt zijn voor een groot deel ontwikkeld door het Trimbos instituut en bestaan uit de materialen van de Gezonde School en Genotmiddelen. De leerkracht van groep 8 (en eventueel groep 7 bij combinatieklassen) verzorgt met behulp van de genoemde lesmaterialen zelf de lessen over de onderwerpen roken en alcohol. De les over drugs wordt door een gastdocent van TACTUS in de klas verzorgd.

Evaluatie cursusjaar 2005 – 2006

Het project BijDRAge Voorst is gestart in het schooljaar 2003-2004. Het 3^e projectjaar 2005 – 2006 is inmiddels afgerond en er worden alweer voorbereidingen getroffen voor het cursusjaar 2006 – 2007. Om de waardering van de deelnemende leerkrachten voor het project te meten, is een schriftelijke enquête uitgevoerd aan het einde van het 3^e projectjaar. Over het algemeen zijn de resultaten van de schriftelijke enquête positief: de leerkrachten zijn (zeer) positief over het project BijDRAge. Het project voldoet aan alle verwachtingen en wordt dan ook door de leerkrachten gewaardeerd met een gemiddeld rapportcijfer van een 8,3.

Gastles

De les over het thema drugs wordt elk projectjaar in de klas verzorgd door een gastdocente van TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg. De gastdocente neemt voor de invulling van de gastles zelf aanvullende materialen mee, zoals onder andere een koffer met monsters van hasj en weed, henneproducten en foto's van diverse drugs. De leerkrachten zijn erg te spreken over de gastles, de wijze waarop de gastdocente deze gastles verzorgd én de materialen die bij de gastles worden gebruikt. De gastles is goed afgestemd op de interesse

en voorkennis van de leerlingen. De gastles voldoet aan alle verwachtingen en wordt gewaardeerd met een rapportcijfer van maar liefst een 9,6!

Ouderparticipatie

Om de ouders/verzorgers bij het project te kunnen betrekken, wordt aan de leerkracht gevraagd de brochure 'De 10 meest gestelde vragen over roken, alcohol en drugs' - voorzien van een begeleidende brief met een toelichting over het project op school - aan de leerlingen mee te geven voor hun ouders en/of verzorgers. Deze bevordering van ouderparticipatie is erop gericht ook thuis het gesprek over genotmiddelen op gang te brengen. Om de ouders nog uitgebreider te kunnen informeren over het project BijDRAge werd ook in het cursusjaar 2005 – 2006 aangeboden ouderbijeenkomst te organiseren en uit te voeren in samenwerking met TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg. Helaas komt dit aanbod nog steeds niet goed van de grond. De scholen geven hiervoor overwegend praktische bezwaren aan, zoals dat tijdgebrek en de keuze voor andere thema's voor de reeds geplande ouderavonden.

Besluit

Het project BijDRAge wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de GGD Gelre-IJssel. Het wordt niet gefinancierd uit de gewone middelen van de gemeente Voorst aan de GGD (gebaseerd op het inwoneraantal), maar is een zogenaamd 'plusproduct'. Het is een project dat jaarlijks als zodanig is opgenomen in de begroting.

In nauwe relatie met het project 'BijDRAge' wordt in de groepen 7 en 8 van de basisscholen het project 'Doe effe normaal' verzorgd door de politie. Voor meer informatie over het project 'BijDRAge' wordt verwezen naar het 'Evaluatieverslag BijDRAge Voorst 2005-2006'.

3.2.6 Versterken van contacten met de eerstelijnszorg

Doelstelling december 2004	De gemeente Voorst vindt het van belang de zorgvoorzieningen in de kleine kernen, met name de eerstelijnsvoorzieningen daar te behouden wanneer dat mogelijk is. De gemeente ziet haar taak met name in: <ul style="list-style-type: none">• het onderzoeken van de problemen. Een actieve rol van de gemeente kan zijn het onderhouden van contacten met eerstelijnsinstellingen en evt. plaatselijke tekorten te onderzoeken;• het bemiddelen tussen partijen en het faciliteren van het proces. Hierbij kan worden gedacht aan: het mogelijk maken / veranderen van bestemmingen in bestemmingsplannen ofwel beperkte andere steun.
----------------------------	---

In z'n algemeenheid kan worden gesteld dat er, landelijk gezien, binnen de eerstelijnszorg een trend is ontstaan van samenwerking en bundeling van activiteiten. Dit is uiteraard aantrekkelijk voor de burger maar vergroot wellicht ook de levensvatbaarheid en het behoud van voorzieningen, hetgeen een belang van de gemeente is.

In de afgelopen jaren is het contact met de eerstelijnszorg zeker toegenomen, zij het dat het niet op vaste tijden plaatsvindt. De inzet van het gemeentelijk beleid is vooral het faciliterend en stimulerend optreden wanneer bij het realiseren van projecten binnen de eerstelijnszorg een beroep op de gemeente wordt gedaan. Voorbeelden van degelijke projecten zijn het gezondheidscentrum Terwolde en de HOED in Twello. Ook in andere kernen wordt over projecten binnen de eerstelijnszorg nagedacht danwel in concrete zin voorbereid.

3.2.7 Vermindering eenzaamheid bij ouderen

Doelstelling december 2004	Verminderen van eenzaamheid bij ouderen door: het ontwikkelen van een project van 'activerend huisbezoek' bij eenzame ouderen en de functie van sociaal raadvrouw hier bij betrekken
----------------------------	--

Preventieve en activerende huisbezoeken

De Stichting Welzijn Ouderen Voorst (SWO) streeft erna alle inwoners van de gemeente Voorst te bezoeken – wanneer daar behoefte aan bestaat – zodra ze 75 jaar zijn geworden. Een dergelijk bezoek wordt een *preventief huisbezoek* genoemd. Deze bezoeken worden verricht door de sociaal raadvrouw/ouderenadviseur. Er bestaan ook plannen mensen opnieuw zo'n bezoek aan te bieden zodra ze 80 jaar zijn geworden, maar de personeelsformatie laat dat op dit moment nog niet toe.

Naast de preventieve huisbezoeken kent de Stichting Welzijn Ouderen ook het *activerende huisbezoek*. Soms volgt dit direct na het preventieve huisbezoek, maar meestal wordt door de cliënt, de familie of een hulpverlenende instantie, contact opgenomen zodra dat nodig is.

De doelstelling van het activerend huisbezoek is *reactivering, opbouwen van een nieuwe weekstructuur en doorbreking vereenzaming*. Meestal zijn meerdere gesprekken nodig. *Voorkoming en vermindering van sociale vereenzaming* zijn de belangrijkste redenen van deze huisbezoeken. Sociale vereenzaming is een groeiend probleem. De oorzaak is vaak het overlijden van een familielid, een ernstige ziekte of het achteruitgaan van de lichamelijke gezondheidssituatie. Tendens is dat ook steeds meer senioren psychische problemen krijgen.

Ondersteunende begeleiding

Naast het preventieve huisbezoek en de activerende huisbezoeken verleent de SWO ook ondersteunende begeleiding. Dit zijn de huisbezoeken na overlijden of na een langdurige ziekenhuisopname. De werkzaamheden lopen uiteen van het helpen de financiën op een rijtje te zetten tot het ontlasten en ondersteunen van familie tijdens een stervensproces.

Functie sociaal raadvrouw/ouderenadviseur

Het activerend huisbezoek is onderdeel van de taak van de ouderenadviseur. Het project bestaat sinds 2003 en heeft inmiddels zijn functie bewezen. De sociaal raadvrouw/ouderenadviseur is een goed functionerend verlengstuk van het Zorgloket (in de gemeente Voorst: De Zorgbaak). Het aantal mensen dat een beroep doet op de sociaal raadvrouw/ouderenadviseur is ook in 2006 weer toegenomen. De maximaal beschikbare tijd van de ouderenadviseur/sociaal raadvrouw is in 2006 dan ook erg onder druk komen te staan. Zij moet haar taak verdelen tussen het brengen van preventieve huisbezoeken aan nieuwe 75-jarigen en het lenigen van directe hulp bij vragen en het uitvoeren van vaak tijdrovende activerende huisbezoeken.

Ondanks de hulp van een vrijwilliger en de consulente Steunpunt Mantelzorg zijn niet alle nieuwe 75 jarigen in het afgelopen jaar preventief bezocht. Telkens moet de keuze gemaakt worden tussen het brengen van een preventief huisbezoek, het starten van een activerend huisbezoek en het direct lenigen van nood. De keuze valt vaak op de laatste optie want de Stichting Welzijn heeft als motto: 'Geen wachtlijst voor mensen die een dringend beroep doen op de ouderenadviseur/sociaal raadvrouw.'

In 2006 zijn 36 activerende trajecten gestart. Gemiddeld zijn er 4 bezoeken per cliënt afgelegd, in een paar situaties was een extra lang traject noodzakelijk. Na 1 of 2 bezoeken konden in een aantal gevallen vrijwilligers worden ingezet.

Nieuwe ontwikkelingen

- Het afnemen van intramurale plaatsen in de verzorgingshuizen en de tendens ouderen langer zelfstandig te laten wonen, versterkt de toenemende behoefte aan informatie en ondersteuning van deze zelfstandig wonende ouderen.
- Landelijk wordt sterk aangedrongen de functie van ouderenadviseur uit te bouwen omdat deze functie preventief werkt (voorkomen van problemen), maar ook onontbeerlijk is geworden door de steeds ingewikkelder wordende samenleving; de problematiek waarmee de sociaal raadvrouw/ ouderenadviseur wordt geconfronteerd, wordt steeds complexer.
- Overleg en afstemming is steeds meer nodig. Bijvoorbeeld met de gemeente Voorst, de Klankbordgroep, het Maatschappelijk Werk, de Thuiszorg, MEE Veluwe en Goed Wonen. Er is steeds meer sprake van een *informele ketenzorg-situatie*.
- Gezien in het licht van de ontwikkeling van De Zorgbaak naar een breed Wmo-loket (het loket voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning), is het ontwikkelen van een goede afstemming tussen organisaties noodzakelijk.
- Het is belangrijk de ouderenadviseur te laten functioneren in het verlengde van het loket, omdat, evenals nu, signalen direct - met een korte lijn - kunnen worden opgepakt.

De Stichting Welzijn Ouderen Voorst concludeert dat in het jaar 2007 de functie van sociaal raadvrouw/ouderenadviseur geëvalueerd moet worden. *De opdracht dient bijgesteld te worden omdat de toenemende vraag niet meer in verhouding staat tot het aantal uren dat beschikbaar is voor deze functie.* Daarbij dient onder meer gekeken te worden of taken van de sociaal raadvrouw gedeeltelijk beter thuishoren bij het Maatschappelijk werk of bij het nieuwe zorgloket kunnen worden ondergebracht. De SWO adviseert om hierbij niet alleen te kijken naar de *activerende huisbezoeken*, omdat - zoals hierboven is geschetst - de verschillende huisbezoeken en hun functies nauw met elkaar verweven zijn.

Bekendheid en toegankelijkheid: internet

In augustus 2004 is de website van De Zorgbaak in combinatie met de Stichting Welzijn Ouderen gereed gekomen. De site wordt goed bezocht. Er is een link met de gemeentepagina. Op deze manier kunnen mensen snel de laatste informatie krijgen. In 2007 zal met het van kracht worden van de Wmo ook het Zorgloket van De Zorgbaak omgebouwd worden naar een breed *loket Wonen, Zorg en Welzijn*. In de Kadernota Wet maatschappelijke ondersteuning (sept. 2006) is gesteld dat De Zorgbaak een zelfstandige stichting moet worden. Dit betekent hoogstwaarschijnlijk een eigen logo en huisstijl. Het spreekt vanzelf dat de website hier op aangepast zal worden. Het jaar 2007 wordt beschouwd als een overgangsjaar. Het streven is voor de zomer 2007 een en ander gerealiseerd te hebben.

Besluit

Voor het project 'Vermindering eenzaamheid bij ouderen' geldt dat het weliswaar inmiddels tot het gewone takenpakket behoort van de Stichting Welzijn Ouderen (financiering gemeente Voorst), maar dat het gelet op het Ouderonderzoek 2005, waarin ook opnieuw de eenzaamheid wordt genoemd, nog volop speciale aandacht verdient. In het volgende hoofdstuk over het nieuwe beleid, komen we er daarom apart op terug.

3.3 Maatwerk Jeugdgezondheidszorg

Met ingang van 1 januari 2003 zijn de gemeenten door een verandering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid verantwoordelijk voor het totale basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-19 jarigen. Voorheen was de gemeente alleen verantwoordelijk voor de gezondheidszorg voor kinderen van 4 tot 19 jaar. Het basistakenpakket wordt in de gemeente Voorst vrijwel volledig uitgevoerd door Vérian. Het pakket bestaat uit een uniform gedeelte en een maatwerkdeel (het maatwerkdeel wordt deels in samenwerking met de GGD Gelre-IJssel uitgevoerd).

Om de uitvoering van het uniforme, wettelijke deel van het basistakenpakket te financieren, stelt het rijk met de Tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (Rsu JGZ) middelen beschikbaar. De gelden van de Rsu zijn geoormerkt en moeten daarom aan het uniforme gedeelte van de JGZ worden besteed. *Het uniforme deel betreft zorg die op gestandaardiseerde wijze aan alle kinderen van een bepaalde leeftijd moet worden aangeboden (= kindgerelateerd).* Thuiszorgorganisaties en gemeenten hebben geen beleidsvrijheid bij de invulling ervan.

Gemeenten worden geacht zelf te zorgen voor de dekking van de kosten van het maatwerkdeel van het basistakenpakket JGZ. Het ministerie van VWS voegt hiervoor de uit de Trv (Tijdelijke regeling Vroegsignalering) beschikbare middelen voor risicozorg van 0-4 jarigen toe aan het gemeentefonds. In een convenant tussen het ministerie van VWS, de LVT en de VNG is afgesproken dat dit bedrag bestemd is voor het maatwerkdeel van de JGZ. *Het maatwerkdeel omvat producten die op de zorgbehoeften van kinderen in specifieke situaties zijn afgestemd (=omgevingsgerelateerd) en waarbij gemeenten beleidsvrijheid hebben om dit af te stemmen op de lokale situatie.* In de gemeente Voorst is voor het Maatwerkdeel jeugdgezondheidszorg op dit moment jaarlijks een bedrag van bijna € 22.000 beschikbaar.

Het kan gaan om projecten voor bijvoorbeeld één jaar, en er zijn projecten bij die langer duren. Vaak wordt aangehaakt bij projecten die in de regio worden georganiseerd. Het bijzondere van dit maatwerk is onder meer dat de projecten in de loop van de tijd veranderen. Er komen projecten bij, en er vallen projecten af. Een deel van deze projecten verdwijnt omdat het doel bereikt is, een ander deel wordt onderdeel van het reguliere takenpakket (zie bijvoorbeeld bij risicoregistratie, 3.2.1).

3.3.1 Evaluatie Maatwerk Jeugdgezondheidszorg 2005

De werkzaamheden in het kader van Maatwerk jeugdgezondheidszorg worden op dit moment uitgevoerd door Vérian (deels in samenwerking met de GGD Gelre-IJssel). Vérian is een (thuis)zorgorganisatie in de regio Oost-Veluwe met een breed pakket aan producten en diensten, inclusief hoogwaardige specialisaties. Een overzicht van het 'Maatwerk jeugdgezondheidszorg' voor de gemeente Voorst in het jaar 2005 is te vinden in het verslag 'Jeugdgezondheidszorg, Resultaten maatwerkprojecten 2005 gemeente Voorst' (april 2006). *In hoofdzaak biedt Vérian in het kader van 'Maatwerk' spreekuren voor opvoedingsvragen en opvoedingsondersteuning.* Als aanvulling op de evaluatie van april 2006 kan over het jaar 2005 het volgende worden opgemerkt:

Opvoedingsondersteuning:

Het aantal nieuwe kinderen in zorg bij het Opvoedingsadviesbureau is in 2005 gestabiliseerd ten opzichte van 2004. Van de 68 kinderen in zorg waren er 24 nog in zorg vanuit 2004, zodat er totaal sprake is van 42 nieuwe kinderen in zorg. Vergelijk met voorgaande jaren: de

pedagoge van het Opvoedingsadviesbureau begeleidde in 2001 22 nieuwe kinderen, in 2002 waren dat er 30, en in 2003 55 nieuwe kinderen.

In totaal heeft de pedagoog van het Opvoedingsadviesbureau in de gemeente Voorst in 2005 32 huisbezoeken gebracht en hebben er 73 telefonische consulten plaatsgevonden. In 2005 is de begeleiding door het Opvoedingsadviesbureau uitgebreid naar kinderen van 4-19 jaar. Opvallend is dat het percentage begeleide kinderen ouder dan vier jaar in 2005 al 26% van de doelgroep betrof. Een teken dat deze uitbreiding wel degelijk in een behoefte voorziet. In 2006 wordt daarom aan de PR van het Opvoedingsadviesbureau in de gemeente Voorst extra aandacht besteed.

Spreekuren opvoedingsvragen 0-19 jaar (Vérian en GGD)

Vanaf september 2004 kunnen ouders die vragen hebben over de opvoeding van hun kind in de leeftijd van 0-19 jaar terecht bij 1 loket opvoedingsondersteuning dat op initiatief van Vérian en GGD is ingericht om versnippering van het aanbod opvoedingsondersteuning door de JGZ tegen te gaan. Het spreekuur voorziet in ondersteuning van ouders bij lichte opvoedingsvragen en fasegebonden problemen. Complexe situaties worden doorverwezen, bijvoorbeeld naar het Opvoedingsadviesbureau, Bureau Jeugdzorg of Integrale Vroeghulp. De begeleiding van de ouders via het spreekuur bestaat uit maximaal drie gesprekken. In 2005 maakten in totaal 46 ouders gebruik van het spreekuur opvoedingsvragen. Dat jaar is er extra aandacht geweest voor afstemming en samenwerking met andere initiatieven in de gemeente, zoals zorgnetwerken, maatschappelijk werk, jongerenwerk, peuterspeelzalen en scholen om de bekendheid van het spreekuur te vergroten.

Als onderdeel van de opvoedingsondersteuning worden op dit moment plannen ontwikkeld om in het jaar 2007 extra aandacht te besteden aan preventieprogramma's voor jongeren van 0 tot 19 jaar op het gebied van beweging, voeding en gewicht (zie hoofdstuk 4).

3.4. Andere lopende projecten (niet in eerdere nota genoemd)

Naast de lopende projecten uit de oude nota lokaal gezondheidsbeleid kan nog een ander project worden genoemd: het BIOS-project..

3.4.1. BIOS-project

In het jaar 2003 is de projectaanvraag 'Gemeente Voorst in Beweging' in het kader van de Breedtesportimpuls, ingediend bij het ministerie van VWS. Het ministerie heeft haar goedkeuring hieraan gegeven. Dat betekent dat het Rijk 50% van de kosten financiert. De gemeente draagt zorg voor de overige 50% van de kosten.

Een belangrijk onderdeel van de breedtesportimpuls in de gemeente Voorst is het project 'Bewegen in onderwijs en Sport (BIOS)' met als doel het verbeteren van de kwaliteit van het bewegingsonderwijs op de basisscholen en het leggen van contacten tussen onderwijs en de plaatselijke sportverenigingen. Hier is door de Gelderse Sport Federatie met ingang van het schooljaar 2004-2005 mee gestart en het project loopt door tot en met het schooljaar 2008-2009.

Een consultant van de Gelderse Sportfederatie, een gediplomeerde vakleerkracht bewegingsonderwijs, ondersteunt de leerkrachten van de groepen 3 tot en met 8, om aan de hand van de zogenaamde BIOS-methode, aantrekkelijke en inhoudelijk goede lessen te kunnen geven. Daarnaast is sportstimulering een onderdeel. Door middel van 3 sportactiviteiten per school stimuleert de BIOS-consultant kinderen om ook na schooltijd te gaan sporten. Hiervoor worden contacten gelegd met plaatselijke sportverenigingen.

4 Lokaal gezondheidsbeleid 2007- 2010

4.1 Zorgbeleid, integraal gezondheidsbeleid en preventiebeleid

In het eerste hoofdstuk van deze nota is het belang van zorgbeleid, integraal gezondheidsbeleid en preventiebeleid uiteengezet. Op basis van de bestaande wettelijke kaders, de evaluatiegegevens, de landelijke en regionale ontwikkelingen en de expertmeeting van 30 november 2006 waarin het Ouderenonderzoek 2005 werd gepresenteerd, wordt voorgesteld voor de komende 4 jaar te kiezen voor de oude en nieuwe beleidsvoornemens die in dit vierde hoofdstuk worden beschreven.

Het merendeel van deze projecten is preventief van aard. Een enkele kan ook tot het zorgbeleid worden gerekend.

Over integraal beleid (ook wel facetbeleid genoemd) wordt in dit hoofdstuk niets naders opgemerkt. Dit betekent echter niet dat de gemeente Voorst geen integraal beleid kent. Veel beleidsonderwerpen binnen de gemeente Voorst hebben een gezondheidscomponent in zich. Te denken valt aan sociale zekerheid, welzijn, milieu, onderwijs, ruimtelijke ordening en verkeer en vervoer.

Over het algemeen kan worden gesteld dat in de gemeente Voorst - indien van toepassing - impliciet en expliciet de gezondheidsaspecten worden meegenomen bij het nemen van beslissingen. Op termijn zou kunnen worden gekozen voor een procedureel vastgelegde gezondheidstoets of gezondheidseffectscreening, maar van een dergelijke duidelijk vastgelegde stap in de besluitvorming is nu nog geen sprake. Vooralsnog blijft artikel 2 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid onverminderd van kracht. Hierin is bepaald dat burgemeester en wethouders bij de bestuurlijke beslissingen de gezondheidsaspecten moeten bewaken.

4.2 Voortzetting lopende projecten

In hoofdstuk drie worden acht projecten genoemd:

- 1 Versterken jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen (risicoregistratie)
- 2 Kwaliteitseisen peuterspeelzalen
- 3 Preventief gezondheidsonderzoek basisonderwijs
- 4 Zorgnetwerken (0 – 23 jaar)
- 5 Preventieproject BijDRAge (voorlichting jongeren: drugs, roken alcohol)
- 6 Versterken van contacten met de eerstelijnszorg
- 7 Vermindering eenzaamheid bij ouderen
8. Bios-project

Alle acht projecten zijn - waar mogelijk - een regulier onderdeel geworden van het gemeentelijk takenpakket, dan wel het takenpakket van instellingen waarmee de gemeente Voorst nauw samenwerkt, zoals de Stichting Welzijn Ouderen (zie hoofdstuk 3).

4.2.1. Intensivering : project eenzaamheid bij ouderen

Project 7: 'Vermindering eenzaamheid bij ouderen' is weliswaar een aantal jaren geleden opgestart, maar staat, gezien de toenemende bezigheden van de stichting als gevolg van de groei van de doelgroep sterk onder druk. In het kader van het fusietraject van de stichting, de Europese aanbesteding van tafeltje dekje en de vormgeving van het WMO-loket, krijgt de

stichting in 2007 eenmalig € 20.000,= extra ondersteuning, waarvan ook een deel zal worden benut voor extra huisbezoeken in het kader van de eenzaamheidsbestrijding. Voorgesteld zal worden om specifiek voor preventieve en activerende huisbezoeken vanaf 2008 structureel extra uren beschikbaar te stellen, tot een maximum van € 6.000,= per jaar.

4.3. Voortzetting lopende projecten met een bijzondere status

Twee genoemde projecten hebben een bijzondere status gehouden. Het gaat om:

- 1 Preventief gezondheidsonderzoek basisonderwijs
- 2 Preventieproject BijDRAge (voorlichting jongeren: drugs, roken alcohol)

Voor de projecten 'Preventief gezondheidsonderzoek basisonderwijs' en het 'Preventieproject BijDRAge (voorlichting jongeren: drugs, roken alcohol)' geldt dat het een jaarlijks terugkerende bijzondere begrotingspost is. Ze worden weliswaar uitgevoerd door de GGD, maar worden niet bekostigd via de normale vaste gemeentelijke bijdrage, die gekoppeld is aan het aantal inwoners. Deze twee projecten zijn zogenaamde '*plusproducten*'.

Voorgesteld wordt deze twee lopende projecten voort te zetten:

4.3.1 Preventief gezondheidsonderzoek basisonderwijs

Doelstelling	Uitvoering preventief gezondheidsonderzoek (PGO) in het basisonderwijs
Uitvoering	Wordt al enkele jaren uitgevoerd.
Partijen	GGD Gelre-IJssel, scholen en gemeente Voorst
Financiën	Het gaat om een zogenaamd pusproduct, dat gefinancierd wordt naast het huidige standaardpakket van de GGD Gelre-IJssel

Dit is een jaarlijks terugkerende begrotingspost. Het project wordt weliswaar uitgevoerd door de GGD, maar wordt niet bekostigd via de normale vaste gemeentelijke bijdrage, die gekoppeld is aan het aantal inwoners. Dit project behoort tot de zogenaamde '*plusproducten*' van de GGD Gelre-IJssel. Voor meer bijzonderheden wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Het is een typische preventietaak en ligt volledig in de lijn van het wettelijk kader en de regionale en landelijke gezondheidsonderzoeken van de afgelopen jaren (zie hoofdstuk 1, 2 en 3). Een vroege signalering, gevolgd door actie, is van grote waarde.

4.3.2 Preventieproject BijDRAge (voorlichting jongeren: drugs, roken alcohol)

Doelstelling	Vermindering gebruik genotsmiddelen door jongeren door preventiemaatregelen in het basisonderwijs.
Uitvoering	Wordt al enkele jaren uitgevoerd.
Partijen	GGD Gelre-IJssel, scholen en gemeente Voorst
Financiën	Het gaat om een zogenaamd pusproduct, dat gefinancierd wordt naast het huidige standaardpakket van de GGD Gelre-IJssel

Dit is een jaarlijks terugkerende begrotingspost. Het project wordt weliswaar uitgevoerd door de GGD, maar wordt niet bekostigd via de normale vaste gemeentelijke bijdrage, die gekoppeld is aan het aantal inwoners. Dit project behoort tot de zogenaamde '*plusproducten*' van de GGD Gelre-IJssel. Voor meer bijzonderheden wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Het is een typische preventietaak en ligt volledig in de lijn van het wettelijk kader en de regionale en landelijke gezondheidsonderzoeken van de afgelopen jaren (zie hoofdstuk 1, 2 en 3).

Aanvullend dient te worden opgemerkt dat een dergelijk preventieproject ook goed aansluit bij de bestuursopdracht van 12 september 2005, waarin de raad aan het college van burgemeester en wethouders vraagt een actualisering van het jeugd- en jongerenbeleid voor te bereiden. Over het alcoholgebruik door jongeren wordt in deze bestuursopdracht het volgende gezegd:

"Het E-MOVO-onderzoek laat verder zien dat in de gemeente Voorst 82% van de jongeren tussen 12 en 16 jaar alcohol gebruikt (73% in Oost-Nederland) en dat daarvan bij 53% sprake is van overmatig gebruik (43% in Oost-Nederland). Voorst springt er niet gunstig uit. De negatieve effecten van overmatig gebruik en gebruik op jonge leeftijd zijn bekend, bijvoorbeeld gezondheidsproblemen, vandalisme en verkeersonveiligheid. Opvallend is dat vertegenwoordigers van jongerenverenigingen, waar de werkgroep mee heeft gesproken, zelf het gebruik van alcohol geen probleem vinden. Dit overigens in tegenstelling tot softdrugs, waarvoor "zero-tolerance" geldt. Jongeren geven zelf aan dat ze op de hoogte zijn van de gevaren van alcohol. Zij vinden het geen taak van de gemeente om te zorgen dat er minder gedronken gaat worden. Iedereen heeft daar een eigen verantwoordelijkheid in. De werkgroep adviseert om de alcoholproblematiek met hoge prioriteit aan te pakken. Verenigingen en clubs moeten betrokken worden bij een effectieve aanpak. Voor hen geldt de verkoop van alcohol als een belangrijke inkomstenbron. Maar ook scholen zijn hierin een partij."

4.4 Nieuwe projecten

Voorgesteld wordt de projecten genoemd onder 4.4.1 – 4.6 in de periode 2007-2010 te realiseren. Daarnaast wordt voorgesteld te onderzoeken of het project 'Halt! U valt' eveneens in deze periode uitgevoerd kan worden.

4.4.1 Preventieprogramma's voor jongeren: beweging, voeding en gewicht

Doelstelling	Overgewicht bij jongeren tot 19 jaar verminderen
Uitvoering	In 2007 (startjaar) in het kader van Maatwerk jeugdgezondheidszorg
Partijen	Vérian en gemeente Voorst
Financiën	Het gaat om twee projecten die in 2007 gefinancierd kunnen worden in het kader van Maatwerk jeugdgezondheidszorg.

In het kader van Maatwerk jeugdgezondheidszorg (zie ook 3.3 en 4.4) zullen door Vérian, als onderdeel van de opvoedingsondersteuning, in het jaar 2007 een tweetal preventieprogramma's worden uitgevoerd voor jongeren van 0 tot 19 jaar op het gebied van beweging, voeding en gewicht.

Het gaat om:

- Preventie overgewicht (0-19 jaar): Uitvoering Hap & Stapmethode
- Preventie overgewicht (0-19 jaar): Uitvoering Happy Weight for Kids

Het is een typische preventietaak en ligt volledig in de lijn van het wettelijk kader en de regionale en landelijke gezondheidsonderzoeken van de afgelopen jaren (zie hoofdstuk 1 en 2).

Aanvullend dient te worden opgemerkt dat een dergelijk preventieproject ook goed aansluit bij de bestuursopdracht van 12 september 2005, waarin de raad aan het college van burgemeester en wethouders vraagt een actualisering van het jeugd- en jongerenbeleid voor te bereiden. Over overgewicht, voeding en beweging van jongeren wordt in deze bestuursopdracht het volgende gezegd:

"Ongeveer 14% van de jongeren heeft te kampen met overgewicht (bron: registratie van de Jeugdgezondheid). Het E-MOVO onderzoek laat zien dat bijna de helft van de kinderen te weinig beweegt. De werkgroep wijst op een relatie met de psychische problematiek. Dagelijkse voedingspatronen blijken voor verbetering vatbaar. Tussen de 60 en 70% van de middelbare scholieren eet niet dagelijks groenten of fruit. De laagdrempelige beschikbaarheid van ongezonde voeding (ook op scholen en in sportkantines) is een punt van zorg. Sportverenigingen spelen een belangrijke rol waar het gaat om het bewegen door de jeugd. Het meedoen aan deze activiteiten staat onder druk (bijbaantjes, kosten). De werkgroep signaleert een discrepantie tussen enerzijds de positieve rol van sportverenigingen waar het gaat om beweging, maar anderzijds de laagdrempelige (en financieel noodzakelijke?) verkoop van slechte voeding. Jongeren zelf zeggen dat iedereen wel weet wat gezond is en wat niet. Ook hierbij is de term eigen verantwoordelijkheid voor hen van belang."

4.4.2 Bewegen voor ouderen

Doelstelling	Het gezond bewegen door ouderen bevorderen.
Uitvoering	Het SMALL-project is eind 2006 gestart, het project 'Senioren op de kaart' begint in 2007.
Partijen	Gelderse Sportfederatie, Stichting Welzijn Ouderen, SV Twello en de gemeente Voorst
Financiën	Project 'Senioren op de kaart' gedurende vier jaar € 1.500,- per jaar voor ondersteuning door Gelderse Sport Federatie Ondersteuning van deze projecten door de Stichting Welzijn Ouderen gedurende vier jaar € 2.000,- per jaar. Totaal € 3.500,= voor 2008, 2009 en 2010 (2007 is al door raad besloten)

In hoofdstuk drie van deze nota wordt het Ouderenonderzoek 2005 beschreven. Dit onderzoek werd op 30 november 2006 in de raadszaal gepresenteerd door de GGD aan vertegenwoordigers van ouderenorganisaties, professionals in de ouderenzorg en raadsleden (zie bijgevoegd verslag, bijlage 9).

Ronduit confronterend zijn de uitkomsten van het onderzoek wanneer het gaat om eenzaamheid, valongevallen en overgewicht. Evenals veel jongeren en volwassenen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, is ook een groot deel van de ouderen te zwaar: bijna 60%. Bij 46 % van de senioren is sprake van overgewicht, en bij 13 % van de ouderen is zelfs sprake van ernstig overgewicht.

Op basis van dit Ouderenonderzoek adviseert de GGD de komende jaren extra aandacht te besteden aan de thema's eenzaamheid en psychische gezondheid, valongevallen en overgewicht, maar ook aan mantelzorg en mobiliteit. Ook de activiteiten van de Stichting Welzijn Ouderen die gericht zijn op het verminderen van eenzaamheid worden voortgezet (zie 3.2.7). Voor valpreventie: zie 4.3.4.

Simpele oplossingen voor alle problemen zijn er niet. Maar bij de presentatie van het Ouderenonderzoek bleek opnieuw dat blijven bewegen - wandelen, fietsen, zwemmen en gymnastiek - veel mensen goed doet. Ze voelen zich gezonder, ontmoeten vaak andere mensen, vallen minder makkelijk omdat ze een beter gevoel voor evenwicht hebben, verbruiken meer calorieën en blijven langer mobiel. Het lijkt op dit moment zelfs aannemelijk dat een gezonde leefstijl ook een beroep op voorzieningen in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zal verminderen.

Vooruitlopend op de resultaten van dit onderzoek zijn B&W eind 2006 akkoord gegaan met het ondersteunen van:

- de uitvoering van een SMALL-project
- deelname aan het project 'Senioren op de kaart' van de Gelderse Sport Federatie.

Medio 2006 heeft de Gelderse Sport Federatie (GSF) gemeenten in de Stedendriehoek benaderd om in het kader van het project 'Senioren op de kaart' een 4-jarig samenwerkingsverband te realiseren met zoveel mogelijk gemeenten in de Stedendriehoek. De GSF richt zich op de Stedendriehoek omdat hier de vergrijzing het hoogst is in Gelderland en om het kadertekort op het terrein van ouderen en bewegen terug te dringen. De bedoeling is dat elk jaar een project in dit kader wordt georganiseerd. Dit kan elk jaar anders of elk jaar gelijk zijn, afhankelijk van het succes. Het vierjarig convenant zou in 2007 in moeten gaan.

Bovendien had de GSF voor het jaar 2006 nog middelen over zijn. Die konden worden ingezet in de gemeenten die – in principe - van plan waren het convenant te sluiten. In de gemeente Voorst kon (bijna gratis) een SMALL-project worden uitgevoerd. In overleg met de Stichting Welzijn Ouderen werd eind 2006 geconcludeerd dat er behoefte was aan een dergelijk project.

In dit project, dat een kleinschalige uitvoering is van de landelijk succesvolle GALM-projecten, worden ouderen tussen 55 en 70 jaar getest op hun fitheid en vertrouwd gemaakt met diverse vormen van bewegen/sporten, zodat zij dit na het project zelf gaan oppakken. De GSF voert dit project uit met behulp van het SMALL-team van de Rijksuniversiteit van Groningen, en lokaal de Stichting Welzijn Ouderen en SV Twello. De doelgroep, zo'n 500 ouderen, zijn door de gemeente aangeschreven en gevraagd om mee te werken. Wanneer zij dat willen, worden ze gebeld door het SMALL-team dat een verdere uitleg geeft. Wanneer ouderen in het project stappen, betalen zij een kleine bijdrage. Eind 2006 kon al geconcludeerd worden dat de interesse voor dit SMALL-project heel groot is.

Vooruitlopend op de vaststelling van het lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010 heeft de raad al ingestemd met de kosten in het eerste jaar van de convenantsperiode met de GSF. In deze nota zal voorgesteld worden de relatie met de GSF voor vier jaar aan te gaan.

Aanvullend kan nog worden opgemerkt dat beide projecten de samenwerking tussen lokale organisaties bevordert: de Stichting Welzijn Ouderen ondersteunt ouderen en SV Twello stelt de ruimte voor de diverse activiteiten beschikbaar (het gaat ook om potentiële 'klanten').

4.4.3 Gerichte gezondheidsvoorlichting via internet in samenwerking met de GGD

Doelstelling	Gerichte gezondheidsvoorlichting geven via internet
Uitvoering	In de loop van 2007
Partijen	gemeente Voorst in samenwerking met Provincie Gelderland, GGD Gelre-IJssel en mogelijke andere partners.
Financiën	Het gaat om een zogenaamd pusproduct, dat gefinancierd gaat worden naast het huidig standaardpakket van de GGD Gelre-IJssel

Gerichte gezondheidsvoorlichting in de vorm van een digitale sociale kaart is niet alleen wenselijk vanuit gezondheidsoogpunt maar past tevens binnen de vormgeving van het WMO-loket in de gemeente Voorst. Het wordt daarom gezien als een belangrijk voornemen. In het voorjaar van 2007 zal de provincie een besluit nemen over vorm waarin zij gemeenten gaan ondersteunen bij het opzetten van een Gelderse digitale sociale kaart. Hierbij kunnen de initiatieven van de GGD Gelre-IJssel en het Sociaal Netwerk Veluwe en mogelijk nog andere partijen worden aangehaakt.

4.4.4 Valpreventie voor ouderen.

Doelstelling	Het aantal valongevallen in de gemeente Voorst met 10% reduceren
Uitvoering	In 2007 nader onderzoeken of het project 'Halt! U valt' in de gemeente Voorst in samenwerking met de GGD Gelre-IJssel kan worden uitgevoerd.
Partijen	GGD Gelre-IJssel, gemeente Voorst
Financiën	Het gaat om een zogenaamd plusproduct, dat gefinancierd dient te worden naast het huidig standaardpakket van de GGD Gelre-IJssel

Uit het Ouderenonderzoek 2005 (zie 2.5.4) blijkt dat eind 2005 in de gemeente Voorst 16% van de *zelfstandig wonende ouderen* van 65 jaar en ouder in de drie voorafgaande maanden is gevallen. Een kwart van hen liep hierbij lichamelijk letsel op. Ongeveer de helft van de valongevallen vonden plaats in of om het huis. Aangenomen wordt dat dit percentage nog steeds actueel is. In de regio Gelre-IJssel én in Oost Nederland lag het percentage op 18%. Dat is weliswaar hoger, maar 16% blijft een hoog percentage.

De ernst van het letsel dat ouderen oplopen bij vallen, wordt vaak onderschat. In meer dan de helft van de ziekenhuisopnamen is er sprake van een fractuur, vaak aan heup, bekken of pols. Daarnaast verlopen op latere leeftijd genezingsprocessen langzamer en zijn klachten vaak van blijvende aard zijn. Een valongeval heeft ook gevolgen op sociaal gebied en leidt tot vermindering van zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Naast het persoonlijk leed betekenen deze ongevallen bij ouderen hoge medische kosten en een beroep op mantelzorg en professionele zorg.

Landelijk zijn meerdere preventieprojecten ontwikkeld. Eén daarvan is het project 'Halt! U valt.' De GGD Gelre-IJssel heeft aangeboden dit project in de gemeente Voorst uit te voeren als een zogenaamd 'plusproduct'.

Het voorkómen van vallen draagt bij aan de zelfredzaamheid van ouderen en het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Evaluatie van een aantal pilotprojecten toont aan dat met een systematische aanpak volgens 'Halt! U Valt' een reductie van 10% van de valongevallen bij ouderen haalbaar is.

In bijlage 10 wordt nader beschreven op welke wijze dit project gerealiseerd zou kunnen worden. Volgens opgave van de GGD Gelre-IJssel kunnen de globale kosten over een periode van twee jaar geraamd worden op € 25.000 á € 35.000. Het gaat om enerzijds de personeelskosten van de GGD Gelre-IJssel voor ondersteuning van 'Halt! U valt' in Voorst ad € 15.000 voor 2 uur per week, gedurende 2 jaar. Daarnaast zullen de materiaalkosten van de voorlichtingsactiviteiten variëren tussen €10.000 en €20.000, afhankelijk van de keuze van activiteiten. Wij denken dat de kosten voor de gemeente Voorst max. € 25.000,= kunnen bedragen.

Deze kosten zouden gereduceerd kunnen worden met bijdragen van de provincie, van zorgverzekeringen en wellicht zelfs van fondsen.

Voorgesteld wordt in de periode 2007 – 2010 te onderzoeken of en op welke wijze het project 'Halt! U valt' in de gemeente Voorst uitgevoerd kan worden en dit dan voor te leggen aan de raad.

4.5 Maatwerk Jeugdgezondheidszorg 2007

Het budget dat in het jaar 2007 beschikbaar zal zijn voor het Maatwerk Jeugdgezondheidszorg zal opnieuw bijna € 22.000 zijn. Het bijzondere van dit maatwerk is onder meer dat de projecten in de loop van de tijd veranderen. Er komen projecten bij, en er vallen projecten af (zie ook hoofdstuk 3).

De projecten worden uitgevoerd door V érian (deels in samenwerking met de GGD Gelre-IJssel). In het jaar 2007 zullen – naar het zich nu laat aanzien - de volgende projecten gerealiseerd worden:

- Spreekuur opvoedingsvragen (0-19 jaar)
- OpvoedingsAdviesBureau 0-19 jaar
- Groepsvoorlichting Algemeen 0-19 jaar
- Preventie psychopathologie: cursus Opkikkertje (i.s.m. Spatie)
- Preventie angststoornissen
- Preventie overgewicht (0-19 jaar): Uitvoering Hap& Stapmethode (**zie 4.4.1**)
- Preventie overgewicht (0-19 jaar): Uitvoering Happy Weight for Kids (**zie 4.4.1**)

4.6. Alcoholmatigingsproject van regio Stedendriehoek

Jongeren zijn mobiel; wonen in de ene gemeente, gaan naar school in de andere en gaan uit in weer een andere gemeente. Een regionale aanpak beoogt dat jongeren op verschillende plaatsen een zelfde boodschap krijgen ten aanzien van alcoholgebruik.

De gemeenten zullen intern het beleid rondom alcoholmatiging moeten afstemmen met het beleid van aanpalende beleidsterreinen, zoals jeugd, openbare orde en veiligheid en onderwijs. Het voorstel is om te komen tot een regionaal werkplan 'Alcoholmatiging onder jongeren in de Stedendriehoek', waarbij het mogelijk moet zijn om naast een regionaal basispakket een lokale invulling per gemeente te geven.

De algemene doelstelling van het beleid is op de lange termijn iets te doen aan de drie V's (te vroeg, te veel, te vaak):

- De leeftijd waarop gestart wordt met drinken gaat omhoog naar 16 jaar.
- De hoeveelheden die jongeren drinken per keer gaat naar beneden.
- Het aantal keren per week dat jongeren drinken gaat naar beneden.

Subwerkgroepen zijn geformeerd om een voortvarende aanpak ten behoeve van het werkplan te waarborgen. De subwerkgroepen richten zich op zes deelgebieden te weten: *'Thuis', 'Onderwijs', 'Horeca', 'Jeugd- en jongerenwerk', 'Sport' en 'Wet- en regelgeving/handhaving'*. In deze subwerkgroepen wordt samen met organisaties in het veld gekeken naar nodige maatregelen om te komen tot alcoholmatiging onder jongeren.

4.7. Toekomstige evaluatie gezondheidsbeleid in de gemeente Voorst

De eerste Nota lokaal gezondheidsbeleid Voorst werd in mei 2002 geschreven en in de loop van dat jaar vastgesteld. Daarna volgden twee evaluaties: in september 2003 en in december 2004. De laatste evaluatie werd in het begin van het jaar 2005 in de gemeenteraad vastgesteld.

Op basis van de ervaringen in de voorgaande periode kan worden geconcludeerd dat één tussentijdse evaluatie, zo'n twee jaar na vaststelling van de tweede Nota lokaal gezondheidsbeleid, voldoende is. Wel dienen de organisaties die in opdracht van de gemeente Voorst bepaalde projecten uitvoeren, jaarlijks aan de gemeente te rapporteren. Op deze wijze kan door burgemeester en wethouders alert worden gereageerd op eventuele nieuwe ontwikkelingen op het terrein van volksgezondheid en preventie.

Bijlage 1 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Collectieve preventie

De gemeente (burgemeester en wethouders én de gemeenteraad) heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Raad en B&W hebben daarbij ieder hun eigen verantwoordelijkheid. Eén en ander is nader omschreven in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie, vragen gemeenten advies aan de GGD. Daarnaast draagt de gemeente zorg voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg. De taken van de gemeente op dit terrein zijn in ieder geval:

- Gezondheidsbevordering;
- Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;
- Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve zorg;
- Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- Bevolkingsonderzoeken;
- Bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- Bevorderen van technische hygiënezorg;
- Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg¹.

Infectieziektebestrijding

Verder draagt de gemeente in het kader van de WCPV zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding. De taken van de gemeente op dit terrein zijn:

- Algemene infectieziektebestrijding;
- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids;
- Tuberculosebestrijding;
- Bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten;
- Beantwoorden van vragen uit de bevolking;
- Geven van voorlichting en begeleiding.

Jeugdgezondheidszorg

De gemeente draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de (integrale) jeugdgezondheidszorg. Taken op dit terrein zijn in ieder geval:

- Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- Ramen van de behoefte aan zorg;
- Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
- Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen;
- Maatwerk jeugdgezondheidszorg (zoals opvoedingsondersteuning en logopedie).

¹ Deze taak wordt overgeheveld van de WCPV naar de Wmo.

Bijlage 2 Relevante wetgeving voor gemeentelijk gezondheidsbeleid

Wetten

Naast de WCPV vormen twee wetten de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid van burgers: de Grondwet en de Gemeentewet. Daarnaast zijn er vele wetten en besluiten die verbinding hebben met de collectieve preventietaak van gemeenten. Hieronder volgt een overzicht van die wetten.

Medische milieukunde

Besluit Luchtkwaliteit

Wettelijke normen voor luchtkwaliteit in Nederland, regels voor het vaststellen van en rapporteren over de luchtkwaliteit en het maken van actieplannen indien normen worden overschreden;

Actieprogramma Gezondheid en Milieu en Modernisering Instrumentarium Geluidshinder

Het ministerie van VROM heeft een aantal trajecten lopen die nog moeten uitmonden in regelgeving.

Openbare Geestelijke gezondheidszorg

Wet bijzondere opnemng in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)

Geeft wettelijke bevoegdheid aan de burgemeester of een door hem aangewezen wethouder om mensen die vanwege hun psychische toestand een gevaar opleveren voor zichzelf of voor hun omgeving, verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Infectieziekten

Infectieziektewet

Er is een plicht tot melding aan de GGD van een aantal in wet genoemde infectieziekten. De wet geeft de burgemeester de bevoegdheid tot vrijheidsbeperkende maatregelen gericht op individuen. Ook is vastgelegd hoe de registratie moet plaatsvinden en welke adviestaken de GGD-directeur heeft.

Quarantainewet

Wettelijke bevoegdheden en voorschriften in geval van besmettelijke ziekten bij immigranten.

Destructiewet

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

Waterleidingswet

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aan preventie van infectieziekten.

Kampeewet

Voor vergunning moet men voldoen aan eisen onder ander betreffende hygiëne.

Wet op de geneesmiddelenvoorziening

Voor infectieziektebestrijding is het Besluit immunologische farmaceutische producten van belang; aan een aantal instellingen kunnen in het kader van de infectieziektebestrijding direct vaccins en dergelijke geleverd worden; er zijn regels voor bewaring, administratie en toezicht door apothekers.

Jeugdgezondheidszorg

Wet op het primair onderwijs en Wet op het voortgezet onderwijs

Onder andere regels voor onderwijshuisvesting (waarbij gelet moet worden op de technische hygiënezorg) en lokaal onderwijsachterstandsbeleid.

Leerplichtwet en de RMC-wet

Gemeenten houden toezicht op nakoming van de leerplicht. In aanvulling op de Leerplichtwet geldt de RMC-wet (regionale meld- en coördinatiefunctie): het in regionaal verband aanpakken van de problematiek van het voortijdig schoolverlaten van niet-meer leerplichtige deelnemers tot 23 jaar.

Wetgeving buitengewoon onderwijs

Verplichte GGD-advisering over toelating van kinderen tot het buitengewoon onderwijs.

Overige

Wet werk en bijstand (WWB, inclusief bijzondere bijstand)

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Welzijnswet (per 01-01-2007 de Wmo)

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (per 01-01-2007 gedeeltelijk de Wmo)

Wet Voorzieningen Gehandicapten (per 01-01-2007 de Wmo)

Wet geneeskundige hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

Rampenwet

Wet op de lijkbezorging

Wet ambulancevervoer

Wet tarieven gezondheidszorg

Besluit Indicatiebeoordeling verpleging en verzorging

Kwaliteitswet zorginstellingen

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg:

Wet bescherming persoonsgegevens

Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

Wet bevolkingsonderzoek

Wet medisch Wetenschappelijk onderzoek bij mensen

Wet klachtenrecht cliënten zorgsector

Koppelingswet

Bijlage 3 Regie WCPV taken gedeeltelijk bij gemeenten

Overzicht producten GGD Gelre-IJssel en aansturing door gemeenten

Productgroepen (gebaseerd op productenboek GGD Gelre-IJssel versie 20 april 2005)	Wet collectieve preventie volksgezondheid	Overige regelgeving	Landelijke sturing (rijksoverheid, RIVM, GGD NL)	Gemeentelijke sturing
Programma Jeugdgezondheidszorg				
Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg uniform deel	+		++	
1. Contactmomenten JGZ				
2. Groepsgerichte monitoring				
3. Onderzoek op indicatie				
4. Overdracht dossiers				
5. Voorlichting en advies				
6. Zorgcoördinatie				
7. Schoolgezondheidsbeleid				
Maatwerk jeugdgezondheidszorg	+			++
8. Overige producten				
Programma Openbare Gezondheidszorg				
1. Infectieziektebestrijding				
1.1 Algemeen	+		++	
1.2 SOA/HIVbestrijding	+		+	
1.3 TBC-bestrijding	+		++	
1.4 Technische hygiënezorg	+		+	
Inspectie kinderopvang		+	++	
2. Vaccinaties				
2.1 Reizigersvaccinatie	+/-			
2.2 Rijksvaccinatieprogramma		+	++	
2.3 Vaccinaties diverse doelgroepen	+		+	
3. Medische milieukunde	+			++
4. OGGZ				
4.1 OGGZ netwerkcoördinatie	+			++
4.2 Vangnet psychosociale problematiek	+			++
4.3 Huiselijk geweld				++
5. Beleidsadvisering	+			++
6. Epidemiologie	+		+	+
7. Gezondheidsbevordering	+			++
8. Bevolkingsonderzoeken	+	+	++	
9. Forensische zorg		+	+	
10. Overige				

Bijlage 4 Gezondheidsbeïnvloedende ontwikkelingen

Dubbele vergrijzing en ontgroening

Dubbele vergrijzing is een demografische ontwikkeling waarin het aandeel van ouderen in de totale bevolkingsopbouw toeneemt, terwijl ze ook een steeds hogere leeftijd bereiken. Ontgroening is een ontwikkeling waarbij het aantal jonge mensen in de totale bevolkingsopbouw afneemt. Beide ontwikkelingen hebben hun invloed op de gezondheid van de Nederlandse bevolking in het algemeen, en die van de gemeente Voorst in het bijzonder.

Sociaal isolement

Sociale relaties kunnen op verschillende manieren de gezondheid beïnvloeden. Het ontvangen van meer emotionele steun hangt samen met een kleinere kans op kanker (nieuwvormingen), hart- en vaatziekten en lichamelijk functioneren. De steun van sociale relaties kan leiden tot een betere psychische gezondheid omdat men zich meer gewaardeerd voelt en meer hulp beschikbaar is in geval van nood. Weinig steun kan echter leiden tot het ontstaan van een depressie, burn-out en verhoging van het ziekteverzuim. Iemand wordt als sociaal geïsoleerd beschouwd, wanneer er een onaanvaardbare of ongewenste discrepantie bestaat tussen de kwaliteit en de omvang van het sociale netwerk en datgene wat het individu voor zichzelf noodzakelijk acht voor een goed sociaal functioneren. In de praktijk betekent dat ongeveer 30% van de bevolking het risico loopt om in een sociaal isolement te recht te komen vanwege eenzaamheidsgevoelens of een klein netwerk en dat op dit moment al 6% in een sociaal isolement verkeert.

Arbeidsparticipatie

Arbeid kan zowel positief als negatief de geestelijke en lichamelijke gezondheid beïnvloeden. Het is onduidelijk op welke wijze de komende jaren de arbeidsparticipatie door de Nederlandse bevolking plaats zal vinden (mede in relatie tot de dubbele vergrijzing, de ontgroening én de ontwikkeling van de Nederlandse, de Europese en de mondiale economie).

Informatiemaatschappij

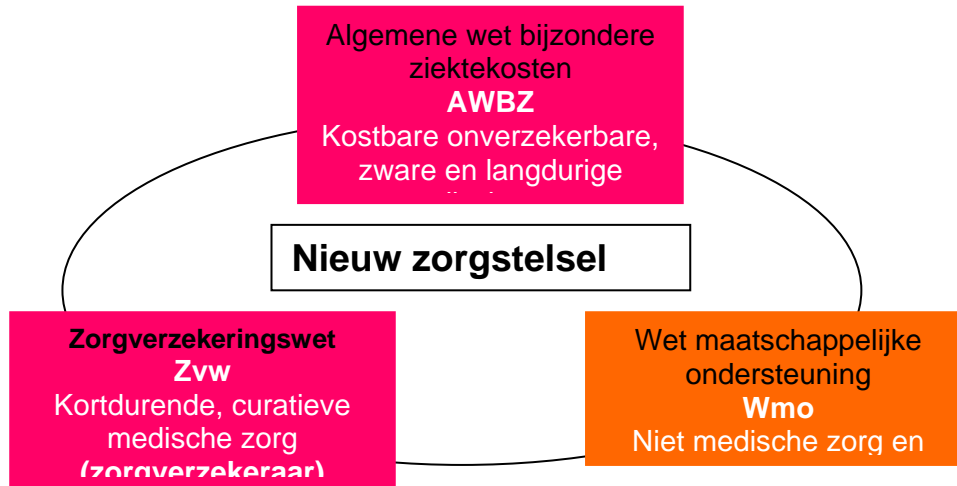
Het internet is een breed toegankelijk nieuw informatiemedium. De informatie is op elk moment beschikbaar voor iedereen met een internetaansluiting en kan zeer snel worden geactualiseerd. Dit medium biedt dan ook kansen als het gaat om gezondheid en gezondheidsbeleid. Gelijktijdig kan het veelvuldig gebruik van de computer voor bepaalde mensen nadelig zijn voor de gezondheid, omdat ze bijvoorbeeld minder gaan bewegen.

Het milieubeleid

Preventieprogramma's die gericht zijn op de leefstijl zijn effectief, maar komen pas echt tot hun recht wanneer de toegenomen aandacht voor het milieu – een lijn die in Nederland sinds de jaren zeventig is ingezet – op lokaal, regionaal, landelijk, Europees en mondiaal niveau niet af zal nemen.

Bijlage 5 Gezondheidszorgontwikkelingen

Een nieuw zorgstelsel



Marktwerking

Meer marktwerking geeft zorginstelling meer mogelijkheden om te ondernemen. Dat kan leiden tot concurrentie, nieuwe zorgaanbieders op de traditionele markten, fusies en samenwerkingsverbanden. Overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten zullen in de komende jaren gezamenlijk dienen te werken aan meer kwaliteit en efficiency in de zorg. Dit betekent dat de gehele zorgsector momenteel te maken heeft met een ingrijpende omslag van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem. De modernisering van de AWBZ, de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning en de komst van de Basisverzekering zijn allemaal ontwikkelingen om marktwerking in gang te zetten.

Extramuralisering is de trend

Enerzijds zien we het streven om buiten de muren (extramuraal) van een instelling waar iemand opgenomen kan worden (intramuraal), gelijkwaardige zorg te bieden: bijvoorbeeld in de eigen woning. Anderzijds vindt een verschuiving plaats binnen de intramurale zorg naar lichtere vormen van zorg: bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in een verpleeghuis, verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis, verzorgingshuiszorg in een aanleunwoning

Tekort aan huisartsen

De verwachting is dat er in Nederland een tekort zal ontstaan aan huisartsen. Zowel het aanbod áán als de vraag náár huisartsenzorg zal stijgen. Verwacht wordt dat de vraag náár in de periode 2005-2020 sneller zal toenemen. De extra opleidingsplaatsen zullen de tekorten naar verwachting niet kunnen opvangen, omdat steeds meer huisartsen parttime willen werken. Bovendien is de beroepsgroep sterk verouderd, waardoor de uitstroom in de periode 2005-2020 zal toenemen. Ook de toename van het aantal ouderen en chronisch zieken zal de vraag naar huisartsenzorg sterk doen stijgen. De aansluiting tussen vraag en aanbod kan regionaal behoorlijk verschillen. De situatie in de gemeente Voorst kan op dit moment beslist nog niet als bijzonder zorgwekkend worden beschouwd.

Bijlage 6 Algemene gezondheidsvergelijking regio Gelre-IJssel met de Nederlandse gemiddelden

De volgende gegevens zijn door de GGD Gelre-IJssel ontleend aan de Nationale Atlas Volksgezondheid

Psychische klachten (vanaf 12 jaar), gemeten met de MHI-5 en gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Gemiddelde Nederland: 10,2%
Gemiddelde regio Gelre-IJssel: 8,4%

Overgewicht (vanaf 20 jaar), gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Gemiddelde Nederland: 45%
Gemiddelde regio Achterhoek: 49,4%
Gemiddelde regio Stedendriehoek: rond nationaal gemiddelde

Beweging (percentage dat voldoet aan de norm gezond bewegen), bevolking vanaf 12 jaar, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Gemiddelde Nederland: 52,5%
Gemiddelde regio Gelre-IJssel: 57,8%

Alcoholgebruik (vanaf 12 jaar, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht)

Personen die minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken of
Personen die gemiddeld per dag 3 of meer (mannen) of 2 of meer (vrouwen) glazen alcohol drinken.

Gemiddelde Nederland: 19,1%
Gemiddelde regio Gelre-IJssel: 18,8%

Roken (percentage bevolking vanaf 12 jaar, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht)

Gemiddelde Nederland: 31,5%
Gemiddelde regio Gelre-IJssel: 29,9% (significant minder dan gemiddeld in Nederland)

Diabetes mellitus (totale bevolking gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht)

Gemiddelde Nederland: 3%
Gemiddelde regio Gelre-IJssel: 2,8%

Bijlage 7 E-MOVO 2003: vergelijking jongeren gemeente Voorst met de Gelre-IJssel regio

Gemeente	Roken (% min. 1x / wk.)	Alcohol (% dat wel eens drinkt)	Heeft overgewicht %	Onvoldoende beweging %	Psychisch ongezondheid %
-Aalten	17	79	9	26	13
-Apeldoorn	13	67	9	26	14
-Berkelland	15	78	7	17	13
-Bronckhorst	14	82	8	6	9
-Brummen	17	78	14	13	19
-Deventer	15	68	7	21	17
-Doetinchem	16	76	7	22	16
-Epe	13	70	9	18	13
-Groenlo	10	74	8	22	16
-Lochem	9	77	7	14	17
-Montferland	21	82	10	14	14
-Oude IJsselstreek	15	78	8	22	15
-Voorst	15	82	8	15	12
-Winterswijk	16	78	9	32	10
-Zutphen	20	72	9	33	18
Regio Gelre-IJssel	15	74	8	21	14
Oost Nederland	15	73	8	23	16

Gemeente	Ontbijt minder dan 5 dg. / wk.	Groente niet elke dag %	Fruit niet elke dag %
-Aalten	18	55	70
-Apeldoorn	20	67	69
-Berkelland	13	50	68
-Bronckhorst	12	57	67
-Brummen	15	69	67
-Deventer	22	71	67
-Doetinchem	18	63	71
-Epe	13	64	68
-Groenlo	16	45	68
-Lochem	19	52	67
-Montferland	24	66	76
-Oude IJsselstreek	23	39	71
-Voorst	17	60	68
-Winterswijk	17	41	68
-Zutphen	22	61	68
Regio Gelre-IJssel	19	61	69
Oost Nederland	21	62	70

Bijlage 8 Ouderenonderzoek 2005: vergelijking senioren gemeente Voorst met de Gelre-IJssel regio

Gemeente	Eenzaam %	Psychisch on gezond %	Valongeval afgelopen 3 maanden %	Beperkingen mobiliteit %	Mantelzorg ontvangen afgelopen jaar %
-Aalten	42	21	18	32*	17*
-Apeldoorn	43*	18	18	25	12
-Berkelland	38	15	19	23	12
-Bronckhorst	41	14	15	23	12
-Brummen	39	20	21	25	11
-Deventer	45	19	19	29	13
-Doetinchem	41	15	15	26	14
-Epe	40	20	22*	25	14
-Groenlo	30*	13	17	26	10
-Lochem	39	11*	21	19*	11
-Montferland	38	18	14	29*	17*
-Oude IJsselstreek	38	19	16	34*	16
-Voorst	40	15	16	22	12
-Winterswijk	43	16	21	28	14
-Zutphen	39	16	19	24	14
Regio Gelre-IJssel	41	17	18	26	13
Oost Nederland	41	18	18	27	niet beschikbaar

Gemeente	Drinkt alcohol %	Heeft overgewicht (BMI>25) %
-Aalten	67	68*
-Apeldoorn	71	57
-Berkelland	72	65
-Bronckhorst	74	61
-Brummen	69	54
-Deventer	69	59
-Doetinchem	70	65*
-Epe	69	56
-Groenlo	74	62
-Lochem	74	54*
-Montferland	69	59
-Oude IJsselstreek	63*	60
-Voorst	72	59
-Winterswijk	64*	58
-Zutphen	68	54
Regio Gelre-IJssel	70	59
Oost Nederland	niet beschikbaar	niet beschikbaar

- statistisch significant verschil t.o.v. het gemiddelde cijfer van de regio Gelre-IJssel.

Aanwezig**Namens de gemeente:**

- Agnes Vos - loco burgemeester en portefeuillehouder
- Peter Krük - beleidsmedewerker Zorg
- Robrecht Lentink - afdeling Zorg

Namens de GGD Gelre-IJssel:

- Caroline Timmerman - Epidemioloog
- Lotty de Weert - functionaris gezondheidsbevordering

Namens de fracties in de gemeenteraad

- Cees Booster - CDA, raadslid
- Mevrouw B.E. Ulfman - PvdA/GL/D66, raadslid
- Mevrouw J.T. Oolman-Hamoen - Liberaal 2000, raadslid

Namens de organisaties:

- H.C. van Heerde-Blokdijk - Cliëntenraad Sociale Zorg
- Mevrouw M.D. van Eck - Cliëntenraad Sociale Zorg
- Bert Jansen - Cliëntenraad Sociale Zorg
- Janny Hiddink-Uenk - Ouderensoos Wilp
- Mevrouw J. Berends-Sileon - Ouderensoos Nijbroek
- A. Hurenkamp - KBO
- De heer J.C. Stam - PCOB
- Betsy van Assen - Dep. Casa Bonita Twello
- Tonny Aalbers - Dep. Casa Bonita Twello
- J. Schrijver - RIBW Oost Veluwe
- Gerard Kuipers - Trimenzo
- Emiel Koestal - Sensire
- Mevrouw M. Waszkiewicz - Sensire Maatschappelijk Werk
- Pieter Maters - de Zonnebloem
- Mevrouw Arnink - Vérian
- Marleen Francke - Spatie
- Maria Poels - Spatie
- N.C. van Zijl - Stichting Welzijn Ouderen
- Elske Elzinga - Stichting Welzijn Ouderen
- Wil Kroon - Stichting Welzijn Ouderen

1) Welkom

Wethouder Agnes Vos heet iedereen welkom. Er wordt momenteel gewerkt aan de nieuwe nota gezondheidsbeleid. Het ouderenonderzoek 2005 wordt daarin meegenomen. Handouts van de presentatie liggen bij de ingang. Er is voor iedereen een exemplaar. Er zal ook een exemplaar bij dit verslag worden gevoegd.

1^e deel presentatie

* Caroline Timmerman en Lotty de Weert stellen zich voor. Caroline geeft aan dat zij als epidemioloog de gezondheidssituatie in kaart brengt in de regio Gelre-IJssel op basis van wetenschappelijk onderzoek. Er is gekeken op welke terreinen knelpunten zijn t.a.v. gezondheid of leefwijze van de regionale bevolking. Het betreft diverse doelgroepen, nu dus ouderen. Het onderzoek is in 2005 uitgevoerd met de meeste GGD-en in Overijssel en Gelderland.

* In de gemeente Voorst zijn 500 ouderen aangeschreven, waarvan 395 ouderen (=79%) hebben gereageerd. Alleen ouderen die zelfstandig wonen zijn aangeschreven. Ouderen die in een bejaardenhuis of verzorgingshuis wonen zijn niet aangeschreven omdat een

groot deel van de vragen niet van toepassing is op die groep.

* Een aantal thema's uit de vragenlijst is in de presentatie opgenomen en is in dit verslag verwerkt.

* Er is gebruik gemaakt van de grotendeel gestandaardiseerde vragenlijst.

a) *Eenzaamheid en psychische problemen*

Eenzaamheid wil niet zeggen dan iemand alleen is, het is een subjectief gevoel. Ongeveer 40% van de ouderen heeft in min of meerdere mate last van eenzaamheid. De groep 75+ heeft meer last van eenzaamheid dan de jongere groep. Dit komt mede doordat hun mobiliteit beperkter wordt, gezondheid wordt slechter, wonen vaak alleen.

- Peter Krük merkt op dat bij het maken van de nota in 2002 meer bekend was over eenzaamheid. Gemeente en ouderen/sozen/bonden organiseren veel.
- Stichting Welzijn Ouderen (SWO) doet sinds het jaar 2000 preventief huisbezoek. Ouderen van 75 jaar en ouder krijgen een bezoek aangeboden. Tijdens het bezoek wordt over diverse onderwerpen gesproken en gekeken of er voorzieningen nodig zijn. In 2002 is overgestapt op activerend huisbezoek. SWO stapt actief op de mensen af als er signalen komen van huisarts, familieleden e.d. Na een huisbezoek komen vaak redelijk wat activiteiten naar voren. Er is maandelijks overleg met de diverse organisaties waar ook signalen naar voren komen.
- Helaas is er een gebrek aan werkuren waardoor er nu een wachtlijst is. De signalen krijgen voorrang op de preventieve huisbezoeken. Het was ook de bedoeling dat er een herhalingsbezoek zou komen bij de ouderen boven de 80 jaar. Hier komt men niet aan toe. Huisbezoeken worden erg gewaardeerd. Ouderen die in eerste instantie niet mee willen werken nemen later dan toch contact op.
- Eén van de vragen was of iemand gezond is of denkt dat je gezond bent. Deze vraag is een gevoel, dit wordt door elkaar gebruikt. Vraagstellingen waren moeilijk.
- Caroline geeft aan dat de cijfers op basis van een eenzaamheidsschaal worden berekend. Er werd een score berekend op een schaal van 1 t/m 11. Hoe hoger de score, hoe ernstiger de mate van eenzaamheid. Eenzaamheid is een subjectief gevoel en er is verschil tussen sociale en emotionele eenzaamheid. De uitkomst 40% van de ouderen is eenzaam is veel maar uit andere onderzoeken komt dit percentage ook naar boven.
- V érian Apeldoorn heeft een consultatiebureau voor ouderen, dit is een pilot. Ouderen worden gedurende één uur getest, er vinden diverse onderzoeken plaats. Ouderen willen wel veel maar een groot knelpunt is het vervoer. Vaak worden 's avonds activiteiten georganiseerd. SWO organiseert veel overdag en willen ook graag een consultatiebureau in de gemeente Voorst. V érian wil in 2007 uitbreiden. Ouderen betalen hier niet voor. Leefgemeenschappen, woon-zorg combinatie is een oplossing om eenzaamheid te voorkomen. Wel aandacht voor eenzaamheid door eigen voorkeur, meer dan in verzorgingstehuis. Zo lang mogelijk zelfstandig wonen is ook niet altijd goed.
- Bij het ouder worden zijn er meer lichamelijke en psychische klachten: angst, depressie, geheugenproblemen, mobiele beperktheid en chronische aandoeningen. Het komt meer voor bij vrouwen, alleenwonende ouderen en ouderen met een laag inkomen.

b) *Valongevallen bij ouderen*

Per jaar worden zo'n 140.000 ouderen medisch behandeld voor de gevolgen van een val. Ze hebben een langer herstel (vaak door botontkalking), het geheugen wordt minder, angstiger, onzekerder, minder actief aan deelnemen van sociale activiteiten.

- Opvallend dat oudere groep veel meer valt dan jongere. Oorzaak kan zijn verkeerd medicijngebruik, bloeddruk. Dit is niet onderzocht. Wel kwam naar voren dat een deel van de groep die is gevallen slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt.
- Veel ouderen vielen in of rond de woning. Woningen zijn vaak niet aangepast of verkeerd ingericht (gladde vloeren, kleden op de vloer). Gemeente doet niet iets specifiek op dit gebied, de provincie wel. Thuiszorg doet huisbezoek en controleren de inrichting.
- Ouderen bewegen minder. In Apeldoorn geven fysiotherapeuten cursussen preventief vallen en ouderen worden gestimuleerd te gaan gymmen. In de gemeente Voorst wordt met de Gelderse Sport Federatie een project ontwikkeld. Maar ook hier geldt dat vervoer van een kleiner dorp naar bijv. Twello een probleem is. Er wordt een relatie gelegd tussen deelname aan gym en minder vallen. Daar is niet iedereen het mee eens. Uit onderzoek is echter gebleken dat meer beweging de kwaliteit van het leven verbetert, ook wanneer men al op leeftijd is.

2) 2^e deel presentatie

a) *Overgewicht*

Net al bij jongeren is ook het overgewicht van ouderen een groeiend probleem. Ruim 60% van de ouderen is te zwaar. Vooral bij ouderen die een chronische aandoening hebben en ouderen die te weinig bewegen komt vaak overgewicht voor.

- Er werd gevraagd om lengte en gewicht in te vullen. Vraag is in hoeverre de gegevens kloppen die ouderen hebben ingevuld, Vaak geven mensen een lager gewicht op dan het werkelijke gewicht.
- Er zijn voedingsvragen gesteld. De meeste ouderen ontbijten en hebben een warme maaltijd per dag.
- Vèrian geeft aan dat overgewicht ook een welzijnsaspect is, ouderen eten (snoepen) 's avonds meer uit verveling, troost.
- Ouderen denken vaak ook dat ze goed eten. In toekomst bezien samenwerking SWO en GGD. In Apeldoorn is een programma afvallen, met een diëtiste wordt een voedingsadvies opgesteld.

b) *Mantelzorg*

In het ouderenonderzoek is mantelzorg omschreven als onbetaalde zorg die iemand krijgt van een bekende uit zijn of haar omgeving, zoals een partner, kinderen of buren, wanneer iemand voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is.

- De definitie is vermeld voordat de vragen werden gesteld in de enquête.
- De uitslag is dat 12% van de ouderen mantelzorg (veelal door kinderen of partner) heeft gekregen het afgelopen jaar of het nu nog krijgt. Dit is erg laag. Als bijv. een partner voor je zorgt, zien mensen dit niet als mantelzorg. Het is gewoon dat je voor je partner zorgt. Peter geeft aan dat dit aandacht heeft.
- Het is erg moeilijk om de groep mantelzorgers in beeld te krijgen. Er is een steunpunt Mantelzorg (vraagbaak), dit bestaat nu drie jaar en is al aardig bekend, er wordt informatie verstrekt en het fungeert als vraagbaak.
- Steunpunt moet ook preventief werken omdat er een grens is voor de mantelzorgers. Het gebeurt vaak dat ouderen maar van een bepaald persoon hulp willen hebben. Dat is moeilijk te doorbreken. Het steunpunt organiseert ook avonden voor bijv. partners van zieke personen.
- Met de Wmo in het vooruitzicht zal in de toekomst meer aandacht zijn voor het steunpunt mantelzorg. De mantelzorgers worden steeds zwaarder belast, dit is

een punt van zorg. Vaak moet er zoveel geregeld worden dat het gewoon op visite gaan, koffie drinken bij een oudere, wegvalt.

- Gezinssituaties zijn de afgelopen jaren sterk veranderd, vaak werken beide partners. Daardoor is er weinig of geen tijd voor oudere mensen/ouders. Grote gezinnen nemen af, familieleden wonen ver weg. Als er jonge kinderen in het gezin zijn is het ook moeilijk om als mantelzorger klaar te staan. Huishoudelijke zorg loopt nu vaak via Vérian. Meestal lukt het de mantelzorgers wel om nog hulp te bieden. Het wordt een probleem als ouderen lastig gaan worden.

c) *Mobiliteitsbeperking*

Het percentage ouderen met mobiliteitsbeperking is in de gemeente Voorst iets lager dan in de rest van de regio. Wellicht klaagt de populatie ouderen in deze gemeente minder snel.

- Ouderen willen vaak nog niet aan hulpmiddelen.
- 22% van de ouderen heeft problemen met tillen, lopen en bukken.
- Veel ouderen die achter een rollator lopen krijgen problemen met hun voeten/benen, ze gaan sloffen. Hierdoor 'roesten' de enkels vast.
- Het consultatiebureau Vérian zien alleen de gezonde ouderen. Ze zien wel dat ouderen vaak niet goed lopen achter een rollator. De service van de leveranciers van de rollators is erg slecht. Vaak verkeerd afgesteld, gladde banden. Belangrijk advies is dat de ouderen bij levering ook instructies krijgen en daarna herhalingsinstructies. Tevens wordt voorgesteld om een rollator testdag te organiseren.
- De leverancier van scootmobielen geven wel instructies en advies. Een scootmobiel krijg je na indicering. Het blijkt dat veel scootmobiels ongebruikt bij huis staan. De gemeente wil hieraan wat gaan doen. Lotty stelt voor om te evalueren of de scootmobiel nog voldoet, het nog doet, of er wat anders voor de in plaats moet komen.
- Er zijn veel zorgen over het collectief vervoer. Begin december 2006 wordt het station geopend in Twello. Ouderen hebben zorgen hoe ze op het station moeten komen omdat het busvervoer zoals het nu geregeld is, verdwijnt. Wethouder Agnes Vos geeft aan dat de regiotaxi blijft en er van alles gaande is. Er kan ook zonder pasje gebruik worden gemaakt van de taxi. Gevraagd wordt of hier over meer publiciteit kan worden gegeven. Dit zal worden gedaan.

3) **Afsluitende samenvatting reacties uit de discussies**

Omdat er een verslag wordt gemaakt wordt er kort een samenvatting gegeven. Er zijn geen andere problemen cq vragen. Er is heel veel gaande binnen de gemeente en met wat kleine aanpassingen zijn er ook andere mogelijkheden te realiseren.

4) **Slotwoord**

Wethouder Agnes Vos bedankt de GGD Gelre-IJssel voor hun uitleg en presentatie. Bedankt de organisaties die aanwezig zijn voor hun kritische inbreng. De gemeente zal kijken wat er met de reacties gedaan kan worden. Ze bedankt iedereen voor hun komst en aandacht.

**Bijlage 10 'Halt! U valt', valpreventie voor ouderen in Voorst.
Opgave GGD Gelre-IJssel, december 2006.
Het betreft hier een beschrijving van hetgeen in Voorst ontwikkeld zou kunnen worden.**

<p>Probleemdefinitie</p>	<p>Uit het Ouderenonderzoek 2005 blijkt dat eind 2005 in de gemeente Voorst 16% van de zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder in de drie voorafgaande maanden is gevallen. Een kwart van hen liep hierbij lichamelijk letsel op. Ongeveer de helft van de valongevallen vonden plaats in of om het huis. Aangenomen wordt dat dit percentage nog steeds actueel is.</p> <p>De ernst van het letsel dat ouderen oplopen bij vallen, wordt vaak onderschat. In meer dan de helft van de ziekenhuisopnamen is er sprake van een fractuur, vaak aan heup, bekken of pols. Daarnaast verlopen op latere leeftijd genezingsprocessen langzamer en zijn klachten vaak van blijvende aard zijn. Een valongeval heeft ook gevolgen op sociaal gebied en leidt tot vermindering van zelfstandigheid en zelfredzaamheid.</p> <p>Naast het persoonlijk leed betekenen deze ongevallen bij ouderen hoge medische kosten en een beroep op mantelzorg en professionele zorg.</p>
<p>Doel</p>	<p>Het voorkómen van vallen draagt bij aan de zelfredzaamheid van ouderen en het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Evaluatie van een aantal pilotprojecten toont aan dat met een systematische aanpak volgens 'Halt! U Valt' een reductie van 10% van de valongevallen bij ouderen haalbaar is.</p>
<p>Doelgroep</p>	<p>Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen. Deze groep bestaat voor een groot deel uit ouderen van 75 jaar of ouder en ouderen die al enige vorm van (thuis)zorg ontvangen.</p>
<p>Inhoud, omschrijving, activiteiten</p>	<p>Actieve valpreventie sluit goed aan op de werkzaamheden van lokale organisaties.</p> <p>Bij de uitvoering van de activiteiten werkt de GGD samen met:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichting Welzijn ouderen, de Zorgbaak, • gemeente Voorst, • Sensire / Verian thuiszorg, • woningcoöperaties, • ouderenbonden en ouderensozen, • lokale gezondheidszorg (artsen, fysiotherapeuten en apothekers). <p>In een lokale projectgroep met GGD, SWO en gemeente, worden de activiteiten gepland, taken verdeeld en op elkaar afgestemd.</p> <p>De rol van de GGD binnen het project 'Halt! U Valt' ligt op het gebied van ondersteuning bij de projectopzet, afstemming en coördinatie en voorbeelden van voorlichtingsmateriaal beschikbaar stellen. De Stichting Welzijn ouderen en de Gemeente Voorst kunnen de lokale projectgroep bijeenroepen en het contact met vrijwilligersorganisaties en lokale professionals verzorgen.</p>

	<p>De multifactoriële- en multidisciplinaire activiteiten richten zich op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verbeteringen in de woninginrichting; - gebruik van handige producten en hulpmiddelen; - het beperken van risicovolle handelingen; - meer bewegen; - verantwoord medicijngebruik; - het veiliger maken van de openbare ruimte; <p>Bij de uitvoering kan gedacht worden aan de volgende activiteiten en kosten:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Poster val niet thuis</td> <td style="text-align: right;">100</td> </tr> <tr> <td>Mailing aan senioren met publieksfolder</td> <td style="text-align: right;">4000</td> </tr> <tr> <td>Krantenartikelen</td> <td style="text-align: right;">-</td> </tr> <tr> <td>Brochure "Val niet thuis"</td> <td style="text-align: right;">400</td> </tr> <tr> <td>Informatiemarkt</td> <td style="text-align: right;">1.250</td> </tr> <tr> <td>Tentoonstelling een gewaarschuwd mens</td> <td style="text-align: right;">400</td> </tr> <tr> <td>Informatiebijeenkomst medicijn gebruik</td> <td style="text-align: right;">400</td> </tr> <tr> <td>Kortingsactie</td> <td style="text-align: right;">PM</td> </tr> <tr> <td>In Balans en sportactiviteiten</td> <td style="text-align: right;">2.500</td> </tr> <tr> <td>Huisbezoek veiligheidsadviseur</td> <td style="text-align: right;">4.000</td> </tr> <tr> <td>Organisatiekosten veiligheidsadviseur</td> <td style="text-align: right;">500</td> </tr> <tr> <td>Checklist veiligheidsadviseur</td> <td style="text-align: right;">200</td> </tr> <tr> <td>Publieksfolder</td> <td style="text-align: right;">100</td> </tr> </table>	Poster val niet thuis	100	Mailing aan senioren met publieksfolder	4000	Krantenartikelen	-	Brochure "Val niet thuis"	400	Informatiemarkt	1.250	Tentoonstelling een gewaarschuwd mens	400	Informatiebijeenkomst medicijn gebruik	400	Kortingsactie	PM	In Balans en sportactiviteiten	2.500	Huisbezoek veiligheidsadviseur	4.000	Organisatiekosten veiligheidsadviseur	500	Checklist veiligheidsadviseur	200	Publieksfolder	100
Poster val niet thuis	100																										
Mailing aan senioren met publieksfolder	4000																										
Krantenartikelen	-																										
Brochure "Val niet thuis"	400																										
Informatiemarkt	1.250																										
Tentoonstelling een gewaarschuwd mens	400																										
Informatiebijeenkomst medicijn gebruik	400																										
Kortingsactie	PM																										
In Balans en sportactiviteiten	2.500																										
Huisbezoek veiligheidsadviseur	4.000																										
Organisatiekosten veiligheidsadviseur	500																										
Checklist veiligheidsadviseur	200																										
Publieksfolder	100																										
Doorlooptijd	<p>De uitvoering van een 'Halt! U valt'-project duurt minimaal 2 jaar. Ook hierna zullen de lokale organisaties aandacht moeten blijven besteden aan valpreventie bij ouderen. De GGD stimuleert dit door twee keer per jaar een netwerkbijeenkomst te organiseren voor het uitwisselen van informatie en het afstemmen van activiteiten tussen lokale en regionale organisaties en zo mogelijk tussen verschillende gemeenten in de regio Gelre-IJssel die 'Halt! U valt' uitvoeren. Een jaarlijkse publieksactiviteit kan de aandacht voor valpreventie bij een brede laag van de bevolking vasthouden. Hierbij wordt aangesloten op landelijke massamediale activiteiten van Stichting Consument en Veiligheid.</p>																										
Globale opgave van de kosten	<p>Personeelskosten van de GGD Gelre-IJssel voor ondersteuning van 'Halt! U valt' in Voorst worden begroot op €15.000 voor 2 uur per week, gedurende 2 jaar. Uitvoerende voorlichtingsactiviteiten brengen ook materiaalkosten met zich mee. In de handboeken halt! U valt, van Consument en Veiligheid, staat per activiteit een indicatie van de kosten. De materiaalkosten voor 'Halt! U valt' in Voorst zullen variëren tussen €10.000 en €20.000, afhankelijk van de keuze van activiteiten.</p>																										