

Almere: gezonde gemeente

Nota

Gezondheids(zorg)beleid

2007 - 2011

Gemeente Almere
Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling

Vastgesteld door B&W 13 november 2007

Inhoudsopgave

	Samenvatting	blz 3
1	Inleiding	blz 5
2	Ontwikkelingen gezondheidzorg	blz 9
3	Gemeentelijke visie op gezondheid en zorg	blz 11
4	Gezondheidsproblemen: landelijk en lokaal	blz 14
5	Prioriteiten gezondheids(zorg)beleid	blz 17
6	Almeers model zorginfrastructuur	blz 19
7	Uitwerking overige prioriteiten	blz 23
8	Vervolg	blz 29

Samenvatting

De nota 'Almere: gezonde gemeente' (2007-2011) borduurt voort op de nota Alm  r Gezond (september 2001).

Het doel van de nota is om een bijdrage te leveren aan het beschermen en verbeteren van de gezondheid van de inwoners van Almere, een doeltreffende preventie en een goed bereikbaar en kwalitatief goed zorgaanbod.

Het beleid wordt uitgewerkt op basis van de gemeentelijke visie op gezondheid en zorg met de volgende uitgangspunten:

- Prioriteit voor preventie en maatschappelijke participatie
- De burger behoudt regie op zijn eigen leven
- Zorg moet van goede kwaliteit zijn
- Zorg moet samenhang vertonen
- Zorg moet toegankelijk zijn
- Gezamenlijk verantwoordelijk voor het realiseren van de doelstellingen.

Gegeven de ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg, de lokale gezondheidsproblemen in relatie tot de landelijke gezondheidsproblemen en de evaluatie van het gezondheidsbeleid Alm  r Gezond (Gemeente Almere 2005) en de evaluatie van cliëntervaringen (Zorgbelang Flevoland 2006) is gekozen voor de volgende prioriteiten:

Doorontwikkeling en borging Almeers model zorginfrastructuur

De beschrijving van dit model biedt de basis voor de (door)ontwikkeling van de benodigde zorginfrastructuur voor de komende jaren in de te bouwen stad, dan wel een eventuele heroriëntatie in de bestaande stad.

Wat gaan we doen?

- Ontwikkelen en afsluiten van basisafspraken met betrekking tot samenhang en samenwerking
- Uitwerkingsplan opgave wonen-welzijn-zorg per stadsdeel, teneinde voldoende voorzieningen te realiseren.

Verbeteren toegankelijkheid gezondheidszorgvoorzieningen voor allochtonen

Het doel is om autochtone en allochtone zorgvragers een gelijkwaardige toegang tot en effectiviteit c.q. kwaliteit van de gezondheidszorg te bewerkstelligen.

Wat gaan we doen?

Om dit doel te realiseren zetten we in op de volgende activiteiten:

- een meerjaren scholingsbeleid gericht op de zorginstellingen,
- bevorderen van de dialoog met en behoeftepeiling onder allochtone doelgroepen,
- invoeren actief intercultureel personeelsbeleid.

Daarnaast is er aandacht voor de ontwikkeling van een monitor teneinde zicht te krijgen op de effectiviteit van het beleid.

Integraal beleid om overgewicht tegen te gaan

De preventie van overgewicht in de Gemeente Almere richt zich zowel op het voorkomen van het ontstaan van overgewicht als op het voorkomen dat jongeren die al overgewicht hebben verder toenemen in gewicht.

Het uiteindelijke doel is dat het overgewicht onder jeugd 0-18 jaar niet verder toeneemt.

Wat gaan we doen?

Gestart gaat worden met het ontwikkelen van randvoorwaarden om te komen tot ketensamenwerking tussen de betrokken partijen. De volgende activiteiten worden hiertoe ontwikkeld:

- Onderzoek naar de mogelijkheden voor een centrale registratie voor kinderen met overgewicht;
- Ontwikkelen van een protocol voor het preventieve- en medische domein waarin o.a. verwijfsafspraken zijn opgenomen tussen JGZ en 1^e en 2^e lijn gezondheidszorg;
- Opzetten van een korte checklist voor vroegtijdig signaleren van obesitas;
- Ontwikkelen samenhang in producten en diensten (continuüm);

- Meten van het effect van interventie door het beschikbaar hebben van een effectieve registratie afspraken tussen de partners.

Kinderen/jeugdigen met een psychiatrische stoornis

Het doel is om door vroegsignalering, vroege diagnostiek en de juiste behandeling een positieve bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van het (zeer) jonge kind.

Wat gaan we doen?

- Deskundigheidsbevordering t.a.v. signaalfunctie, eigen inzet en verwijzing.
- Screening, advisering en eerste interventies vinden zoveel mogelijk plaats in de directe omgeving van het kind, in goede samenwerking met het onderwijs, de GGD, de Zorggroep Almere en de provinciale zorgaanbieders.
- Uitgebreide psychiatrische diagnostiek en multidisciplinaire behandeling vindt vervolgens zo snel mogelijk plaats.

Kinderen/jeugdigen van ouders met psychiatrische problemen

Het doel is om kinderen/jeugdigen van ouders met psychiatrische problemen die ondersteuning te bieden die ze nodig hebben zodat zij zich optimaal kunnen ontwikkelen.

Wat gaan we doen?

De interventies richten zich op:

- Het vergroten van het bereik van deze doelgroep en toeleiden naar passend aanbod
- Het genereren van meer informatie over het aantal kinderen van ouders met psychiatrische problemen

De nota wordt uitgewerkt in een actieprogramma dat zal dienen voor de daadwerkelijke uitvoering van het beleid.

1. Inleiding

1.1 Algemeen

Voor u ligt een nieuwe nota gezondheids(zorg)beleid Almere voor de periode 2007-2011. De nota betreft het beleid op hoofdlijnen om de meest in het oog springende problemen op het gebied van de gezondheidszorg en de volksgezondheid in onze gemeente het hoofd te bieden.

Naast het doel van de beleidsnota wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de plaats en positie van het gemeentelijke gezondheids(zorg)beleid, bezien vanuit het wettelijke kader en bezien vanuit de activiteiten op het gebied van volksgezondheid in het huidige Collegewerkplan.

U vindt een beschrijving van de gevolgde werkwijze en een leeswijzer over de opzet van de nota. Tot slot wordt ingegaan op de verantwoordelijkheid en de rol van de gemeente inzake het gezondheid(zorg)beleid.

1.2 Aanleiding

Aanleiding voor deze nota lokaal gezondheid(zorg)beleid is:

- Op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid zijn gemeenten verplicht om minimaal eens per vier jaar één of meerdere gezondheidsbeleidsplannen vast te stellen.
- Een actualisatie is nodig van de nota Alméér Gezond (december 2001) om te anticiperen op de groei van onze stad en het gelijktijdig kunnen aanpakken van de gezondheidsproblemen.

1.3 Doelstelling gezondheid(zorg)beleid

De algemene doelstelling van het lokaal gezondheids(zorg)beleid Almere is een bijdrage te leveren aan het beschermen en verbeteren van de gezondheid van de inwoners van Almere, een doeltreffende preventie en een goed bereikbaar en kwalitatief goed zorgaanbod.

1.4 Plaats en positie van het gemeentelijke gezondheidsbeleid

Vanuit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) moet in het beleid in ieder geval worden beschreven:

- Continuïteit en samenhang collectieve preventie en afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg
- Epidemiologische analyse gezondheidssituatie bevolking minimaal elke 4 jaar
- Bewaken gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen
- Bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming preventieprogramma's, incl. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
- Bevorderen van medische milieukundige zorg
- Bevorderen van technische hygiënezorg
- Uitvoering Infectieziektebestrijding
- Uitvoering jeugdgezondheidszorg

Voor een deel betreffen deze onderwerpen sec uitvoering van de bij wet omschreven taken. Voor een belangrijk deel worden deze taken (verplicht) uitgevoerd door de Gemeenschappelijke Geneeskundige Dienst (GGD). De inhoudelijke en financiële kaders van de GGD worden op hoofdlijnen jaarlijks door de raad vastgesteld en zijn daarom niet opgenomen in deze nota. Voor de uitvoering van het voorliggende beleid worden met de GGD, net als met andere partners, afspraken gemaakt.

De nota 'Almere: gezonde gemeente' is bedoeld om te beschrijven welke gezondheidsproblemen en knelpunten in de zorg in Almere spelen, welke daarvan naar de mening van betrokkenen prioriteit hebben, wat de partijen als gezamenlijke oplossingsrichtingen zien en wie een rol hebben in de uitwerking hiervan. De nota geeft de hoofdlijnen van het beleid aan en wordt uitgewerkt in een actieprogramma dat zal dienen voor de daadwerkelijke uitvoering van het beleid.

Ook buiten het in deze nota voorgestelde beleid worden door de gemeente tal van activiteiten georganiseerd die direct of indirect bijdragen aan de gezondheid. De ambities zoals verwoord in het Collegewerkplan zijn leidend voor het beleid.

Onderstaand schema biedt een overzicht van de activiteiten uit de programma's van het Collegewerkplan.

• **Collegewerkplan in relatie tot gezondheidsbeleid**

Programma	ERdoel	Relatie gezondheidsbeleid
Sociaal en krachtige samenleving	Iedereen doet mee Sneller passende hulp Meer participatie Almeerders met allochtone roots Minder problemen voor minima	Wmo met o.a. Wijkgerichte maatsch. steunstructuur Verslavingszorg Maatschappelijke Opvang OGGZ Samenhangend jeugdbeleid Activiteiten gericht op emancipatie en participatie Participatiebanen en sociale activering Minimamaatregelen Armoedebeleid Bestrijding schuldenproblematiek Binnen dit programma staat de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid benoemd
Leren en werken	Ontwikkelen kansrijke marktsegmenten Zorg als kansrijk marktsegment Toeleiding naar werk Meer hoger onderwijs	Vergroten werkgelegenheid Bv ontwikkeling Versterken huidige zorginfrastructuur gezondheidspark Ondersteuning op maat Ontwikkeling DHSA
Veiligheid	Bestrijden overlast	Activiteiten leveren een bijdrage aan het gevoel van wonen en werken in een veilige omgeving
Beheer en leefomgeving	Schoner, heler, veiliger Bevorderen sociale cohesie Vergunning Toezicht Handhaving	Activiteiten leveren een bijdrage aan de kwaliteit van de leefomgeving Inzet opbouwwerk: vergroten inzet bewoners Toezicht op naleving veiligheidsregels
Evenwichtige ontwikkeling van Almere	Volwaardig voorzieningenniveau Gezonde economische ontwikkeling Woningbouw Verkeer en vervoer Milieu	Vraag en aanbod zorg in balans Draagt bij aan voldoende werkgelegenheid Passende woningen in een prettige woonomgeving Beleid fietspaden Veiligheid in het verkeer Proactief t.a.v. bouwplannen
Dienstverlening	Loket biedt toegang tot zorg	Eén integraal loket voor informatie advies en hulp

1.5 Terreinen beleid gezondheids(zorg)beleid

Gezondheids(zorg)beleid is een doorlopend proces met het doel om zowel te streven naar verbetering in de gezondheidszorg als in de volksgezondheid.

Het gaat in deze nota daarbij om de volgende actieterreinen:

- Het verkleinen van verschillen in gezondheid;
- Het versterken van persoonlijke vaardigheden van mensen en hun betrokkenheid bij het creëren en in standhouden van gezonde leefomstandigheden;
- Het bevorderen van een duurzame, veilige en ondersteunende leefomgeving, zowel in fysiek als in sociaal opzicht;
- Aanwezigheid en functioneren van de voorzieningen voor gezondheid(zorg) en de leefomgeving;
- Het ontwikkelen van een stedelijk gezondheid(zorg)beleid met de nadruk op gezonde interactie van mensen, leefwijzen en leefomgeving.

1.6 Werkwijze bij totstandkoming nota

De nota is op interactieve wijze tot stand gekomen, waarbij de volgende werkwijze is gehanteerd. Op grond van informatie uit landelijk en lokale gezondheidsproblemen en op basis van gesprekken met de lokale partners is aan de stuurgroep gezondheidsbeleid een voorstel gedaan voor de uit te werken thema's van deze nota. In de stuurgroep bleek een breed draagvlak aanwezig voor dit voorstel.

Vervolgens zijn de thema's uitgewerkt in 2 werkgroepen:

- De kerngroep strategie voor de uitwerking van de strategische prioriteiten
De kerngroep was samengesteld uit directeuren, managers van: GGD Flevoland, Zorggroep Almere, Meregaard, Triade, Zorgbelang Flevoland en Agis
- De beleidsgroep voor de inhoudelijke prioriteiten
De beleidsgroep bestond uit medewerkers van: Bureau Jeugdzorg, Onderwijs, Meregaard (volwassenenpsychiatrie), Fornhese (kinder- en jeugdpsychiatrie), GGD, Zorggroep Almere, Zorgbelang Flevoland en Agis

De uitgewerkte nota is vervolgens voorgelegd aan de Stuurgroep gezondheid(zorg)beleid.

In grote lijnen kon de stuurgroep zich vinden in de inhoud van de nota. Op onderdelen zijn wijzigingen in de nota doorgevoerd op basis van de bevindingen uit de stuurgroep.

1.7 Opzet nota

Hoofdstuk 1 gaat in op het doel van de nota gezondheids(zorg)beleid en de plaats en positie van dit beleid; hoofdstuk 2 schetst de belangrijkste ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Aansluitend wordt de gemeentelijke visie op gezondheid en zorg beschreven op basis waarvan het beleid verder wordt uitgewerkt. In hoofdstuk 4 worden de landelijke en lokale gezondheidsproblemen geschetst waarna in hoofdstuk 5 de prioriteiten worden benoemd. In hoofdstuk 6 en 7 worden de prioriteiten uitgewerkt. Het laatste hoofdstuk geeft de vervolgstappen aan.

1.8 Verantwoordelijkheid en rol gemeente

De gemeente is verantwoordelijk voor de regie op het gezondheids(zorg)beleid in Almere.

De rol van de gemeente omvat verschillende activiteiten:

- Stimuleren

De gemeente heeft een stimulerende of verbindende rol om partijen aan te zetten tot actie of tot samenwerken. Daarnaast heeft de gemeente een voortrekkersrol in het faciliteren van voldoende voorzieningen.

- Sturen en coördineren

De gemeente heeft een sturende en coördinerende rol, daar waar zij eigen verantwoordelijkheden heeft, zoals in de Openbare Gezondheidszorg. Voorbeelden zijn de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de rampenbestrijding. De gemeente treedt in de Openbare Gezondheidszorg vaak op als (mede)financier.

- Bevorderen samenwerking en afstemming

De gemeente bevordert de samenwerking tussen de verschillende instellingen en organisaties werkzaam op het gebied van de (gezondheids)zorg.

- Afstemming met andere beleidsterreinen

De gemeente heeft de taak invulling te geven aan facetbeleid en te zorgen voor afstemming met andere beleidsterreinen (sport, welzijn, ruimtelijke ordening, onderwijs, ouderenbeleid, jeugdbeleid, et cetera).

- Monitoren

De gemeente draagt zorg voor het ontwikkelen van een informatiesysteem ter signalering van gezondheidsproblemen en voor het ontwikkelen van een monitorsysteem om de voortgang en resultaten van het lokaal gezondheids(zorg)beleid te volgen.

- Zorgen voor ruimte voor zorgvoorzieningen

De gemeente draagt zorg voor het faciliteren (in ruimtelijk opzicht) van gewenste zorginitiatieven.

2 Ontwikkelingen gezondheidszorg

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen geschetst die van invloed zijn op de (toekomstige) gezondheidszorg.

2.2 Maatschappelijke ontwikkelingen

Onder invloed van een toenemende extra-muralisering en deconcentratie van zorg wonen steeds meer mensen met een zorgbehoefte in wijken en buurten. Mensen met een zorgbehoefte blijven in hun eigen woning blijven wonen en het aanbod van zorg en welzijnsdiensten moet aan huis geleverd worden.

Zorg wordt niet langer aangeboden in grootschalige instellingen, maar meer en meer op maat aan huis. Zorgaanbieders ontwikkelen zich van aanbodgerichte naar vraaggestuurde organisaties. De zorgvrager wordt daarbij beschouwd als een volwaardige burger, die in staat is zijn eigen wensen en behoeften kenbaar te maken en optimaal deel te nemen aan de samenleving. Zorgvragers zijn kritischer geworden en willen kunnen kiezen.

2.3 Demografische ontwikkelingen

Almere heeft een specifieke bevolkingsopbouw: 35% van de bevolking is jonger dan 24 jaar. Landelijk is sprake van een dubbele vergrijzing. De groep ouderen wordt niet alleen groter, maar ouderen worden ook ouder. Daardoor zal de behoefte aan specifieke voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg toenemen.

In Almere is het percentage ouderen veel lager dan in de rest van het land, 7% t.o.v. 14%). Pas na 2015 neemt het aantal ouderen ook in Almere fors toe. In 2030 is het aandeel ouderen in Almere 13% t.o.v. landelijk 22%.

Landelijk wordt een toename verwacht van het aantal chronisch zieke mensen, met als belangrijkste gezondheidsproblemen: hart- en vaatziekten, kanker, overgewicht, diabetes, astma/ COPD, depressie en angststoornissen, reuma en verslaving. Daarnaast zal het, met de toename van het aantal ouderen, ook het aantal mensen met dementie snel toenemen. De zorgvraag wordt steeds zwaarder en complexer.

Tot slot zal ook de groei van Almere van invloed zijn op de gezondheidszorg. Immers, dit vraagt van zowel de preventie als de care en de cure een groei ten opzichte van het huidige aanbod. Dit aanbod dient in goede samenhang te worden vormgegeven.

2.4 Verandering in de visie op gezondheidszorg

De opvattingen over zorg en gezondheid zijn de laatste jaren veranderd. De algemene opvatting is dat gezondheid meer is dan afwezigheid van ziekte. Bij gezondheid draait het om het algemeen welbevinden.

Gemeenten kunnen het algemeen welbevinden van hun inwoners verbeteren door factoren die gezondheid bepalen te beïnvloeden. Zo is er een directe relatie tussen de plek waar iemand woont en zijn gezondheidstoestand. Ook is er een relatie tussen de sociaal-economische positie van burgers en hun gezondheid. Een samenhangend pakket van beleidsmaatregelen op verschillende terreinen kan de gezondheid bevorderen.

De rol van de overheid in de gezondheidszorg verandert. Voorheen lag de nadruk op het bieden van bescherming. Tegenwoordig ligt de nadruk meer op activering van burgers en het bevorderen van zelfredzaamheid. Deze accentwijziging is het gevolg van ontwikkelingen aan de vraagkant bij zorg. De wens is om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en als volwaardig burger deel uit te (blijven) maken van de samenleving. Dit vraagt om een wijkgerichte aansluiting van vraag en aanbod.

2.5 Ontwikkelingen op het gebied van wetgeving

De gemeente heeft, met de invoering van de Wmo, de verantwoordelijkheid gekregen om een samenhangend stelsel van voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning te organiseren. Ook is de rol van de gemeente ten aanzien van preventieve maatregelen groter geworden.

Het Rijk heeft met de invoering van o.m. de zorgverzekeringswet marktwerking in de zorg geïntroduceerd. De subsidieregeling voor nieuwe gezondheidscentra verdwijnt.

Als reactie op veranderende wet- en regelgeving is er sprake van schaalvergroting van zorginstellingen.

2.6 Almeers model versus marktwerking

Tot op heden is het aantal partijen in de Almeerse gezondheid(szorg) overzichtelijk. Echter met de intrede van de marktwerking zullen steeds meer partijen zich in Almere vestigen. Dat is nu al zichtbaar.

Het Almeerse model is gebaseerd op een goede samenwerking tussen partijen. De uitdaging voor de toekomst is om, met het gegeven van marktwerking, toch een goede samenhang en samenwerking in de gezondheid(szorg) te behouden.

2.7 Zorg als kansrijk marktsegment

Het College heeft besloten dat de komende jaren stevig wordt ingezet op het vergroten van de werkgelegenheid in Almere. Zorg wordt hierbij gezien als kansrijk marktsegment, waarbij de gemeente zich kan profileren als innovatieve stad op het gebied van gezondheid en zorg. Partijen worden actief benaderd om zich hier te vestigen. Het betreft veelal voorzieningen die een bovenregionaal karakter hebben. Realisatie van de plannen levert een verbreding en een verdieping op van het lokale aanbod op het gebied van zorg, beauty en wellness. Het te realiseren aanbod is aanvullend op het reeds bestaande aanbod. Deze ontwikkelingen worden in harmonie met het gezondheidsbeleid gerealiseerd, waarbij de uitgangspunten van de gedragscode leidend zijn.

Met het oog op het gezondheidsbeleid is het van belang om stevig in te zetten op preventie, zodat deze ontwikkelingen een bijdrage kunnen leveren aan de doelstellingen uit de nota.

3 Gemeentelijke visie op gezondheid en zorg

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk formuleren we de kaders waarop het gezondheid(zorg)beleid is gestoeld. Naast een definitie van gezondheid is de visie geformuleerd aan de hand een aantal uitgangspunten. De visie vormt de basis voor de verdere uitwerking van de beleidsontwikkeling en -uitvoering.

3.2 Definitie van gezondheid

Als uitgangspunt voor het beleid hanteren we de volgende definitie van gezondheid:

‘Gezondheid is een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van personen, dus niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek. In onze gezondheidsvisie staat niet de mens, maar de mens en zijn omgeving centraal. Een slechte woonomgeving of het ontbreken van sociale netwerken kunnen ziekmakend zijn. Gezondheids(zorg)beleid is zowel gericht op het behandelen en verzorgen van zieken en ziekten als op het voorkomen van ziekten door te streven naar verbetering van de sociale en fysieke leefomgeving.’

3.3 Hoofdpijnen Almeerse visie

De visie is gebaseerd op de visie uit de nota Alm  r Gezond (2001). Gezien het grote raakvlak van het gezondheidsbeleid met het beleid in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is aangesloten bij de visie op de Wmo.

De visie op gezondheid en zorg is uiteengezet in 6 hoofdpijnen, te weten:

1. Prioriteit voor preventie en maatschappelijke participatie
2. De burger behoudt regie op zijn eigen leven
3. Zorg moet van goede kwaliteit zijn
4. Zorg moet samenhang vertonen
5. Zorg moet toegankelijk zijn
6. Gezamenlijk verantwoordelijk voor het realiseren van de doelstellingen

Deze hoofdpijnen worden hieronder nader toegelicht.

1. Prioriteit voor preventie en maatschappelijke participatie

Gezondheids- en zorgbeleid gaat niet alleen over het behandelen en verzorgen van zieken en ziekten. Voorkomen is immers beter dan genezen. Het aanbod moet er op gericht zijn dat belemmeringen die men tegenkomt om maatschappelijk actief te zijn, worden verminderd c.q. weggenomen. Het aanbod kan dan bestaan uit een interventie op het gebied van zorg, maar ook op het gebied van welzijn c.q. maatschappelijke ondersteuning.

Daarnaast is het streven om gezondheidsproblemen te voorkomen door bijvoorbeeld vroeginterventies, voorlichting e.d.

2. De cliënt behoudt regie op zijn eigen leven

Een belangrijk uitgangspunt is dat mensen zo veel mogelijk de regie op hun eigen leven moeten kunnen behouden. Inwoners van Almere kunnen, in overleg met de professionals en binnen realistische keuzemogelijkheden, de voor hen passende vorm van zorg zelf bepalen.

Almeerders die dit niet (meer) zelf kunnen worden hierbij ondersteund.

Een belangrijke voorwaarde om de eigen regie te behouden is dat de klant goed geïnformeerd is.

3. Zorg moet van goede kwaliteit zijn

Bij kwaliteit gaat het om niet alleen om de kwaliteit van het individueel handelen van de hulpvrager of instelling (“doe je je werk goed”). Alle instellingen en organisaties die gericht zijn op het welzijn van de

inwoners van Almere mogen en moeten aangesproken worden op hun bijdrage aan de volksgezondheid en de kwaliteit daarvan (“doe je het goede werk”).

Alle betrokken partijen werken aan een voor anderen inzichtelijk kwaliteitssysteem, niet alleen per instelling, maar ook gezamenlijk, zoals in samenwerkingsverbanden. Het kwaliteitssysteem voorziet in indicatoren en servicenormen.

Een frequente raadpleging, waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens onder inwoners worden verzameld, biedt input voor de voortdurende evaluatie van zorg, beleid en sturing.

4 Zorg moet samenhang vertonen

Aanbod dat voorheen separaat uitgevoerd werd, kan nu, met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als katalysator, als integraal ondersteuningsvraagstuk worden opgepakt.

Het (gezondheids)probleem van de Almeerder staat centraal. Van belang hierbij is dat integraal naar het probleem wordt gekeken. Dat betekent dat bijvoorbeeld ook gekeken wordt naar de draaglast van de mantelzorg, zodat deze niet overbelast raakt.

De toegang tot de zorg vindt zo laagdrempelig als mogelijk plaats. Dit leidt niet tot starre uitvoering, maar moet de professional juist stimuleren om binnen de kaders van de indicering het beste resultaat te behalen.

Een samenhangend systeem van zorg en ondersteuning is nodig om adequaat aan de vaak complexe zorgvraag te voldoen.

Samenhang maakt het mogelijk dat gebruikers zonder drempels kunnen overgaan van het ene zorgsysteem naar het andere, of tegelijkertijd gebruik kunnen maken van verschillende zorgsoorten of van de diensten van verschillende organisaties. Dan is het ook mogelijk om mensen met meervoudige problematiek, die niet in één sector geholpen kunnen worden, de juiste zorg te bieden.

Om aan de zorgvraag tegemoet te komen zijn dikwijls sectoroverschrijdende zorgvormen of initiatieven noodzakelijk. Een samenhangend zorgstelsel is daarvoor een vereiste.

5. Zorg moet toegankelijk zijn

Financiële toegankelijkheid

De financiële toegankelijkheid is een essentieel aspect van de gezondheidszorg. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt grotendeels bij de landelijke overheid, maar soms is de gemeente verantwoordelijk (bijvoorbeeld wet maatschappelijke ondersteuning). Rijksmaatregelen kunnen gevolgen hebben voor het lokale zorgsysteem. Voorkomen moet worden dat mensen vanwege financiële belemmeringen geen beroep meer kunnen doen op de voor hen noodzakelijke zorg. Zo is in het kader van het gemeentelijk armoedebeleid via bijzondere bijstand een regeling in ontwerp om voor chronisch zieken de meerkosten als gevolg van de ziekte te compenseren. Daarnaast heeft de gemeente een collectieve aanvullende ziektekostenverzekering met Agis afgesloten voor mensen met een inkomen tot maximaal 120% van de bijstandsnorm.

Geografische toegankelijkheid

Goede geografische toegankelijkheid betekent, dat de spreiding van voorzieningen zodanig is, dat voor het bereiken ervan de reistijden acceptabel zijn. Voorzieningen voor basiszorg dienen in de directe omgeving te zijn van de gebruikers. Hoe groter het beroep dat de Almeerse bevolking doet op een bepaalde voorziening, hoe meer reden er is om deze in de stad zelf aan te kunnen bieden. Ook de belasting, die het reizen voor een bepaalde groep met zich meebrengt, kan een reden zijn de voorziening in de stad zelf te willen realiseren.

Sociale toegankelijkheid

De gezondheidszorg moet voor iedereen in gelijke mate toegankelijk zijn.

Dit vraagt maatwerk, continuïteit in de keten, inhoudelijke afstemming en een zorgvuldige overdracht tussen de disciplines.

Fysieke toegankelijkheid

De gebouwen van de zorgsector dienen toegankelijk te zijn voor mensen met functiebeperkingen. De voorwaarden, waaraan een optimaal toegankelijk gebouw voldoet, zijn vastgelegd in het Handboek Geboden Toegang. Is aan deze eisen voldaan dan komt een gebouw in aanmerking voor een Internationaal Toegankelijkheids Symbool (ITS-vignet). Alle gebouwen in de gezondheidszorg zouden aan deze voorwaarden moeten voldoen.

E-health

De mogelijkheden van internet dienen, met het oog op o.m. de toegankelijkheid, optimaal worden benut. Hierdoor kunnen nieuwe doelgroepen worden bereikt. Bovendien kunnen, door de laagdrempelige mogelijkheden van E-health, bepaalde doelgroepen eerder worden bereikt. Met het oog op de toekomstige ontwikkelingen waarbij de verwachting is dat de druk op het aantal professionals in de zorg toeneemt, kan E-health ook een rol spelen.

Ontwikkelingen op het gebied van digitale informatie-uitwisseling, zoals bijvoorbeeld het elektronisch kinddossier en het elektronisch patiëntendossier vragen om een gezamenlijke verantwoordelijkheid, teneinde het kunnen afstemmen van systemen, betrouwbare informatievoorziening e.d.

6. Gezamenlijk verantwoordelijk

Bij het realiseren van de doelstellingen van het beleid hebben de partijen een gezamenlijke verantwoordelijkheid: zorggebruiker, gemeente, veldpartners, zorgverzekeraar/-kantoor.

De partners die betrokken zijn geweest bij de beleidsontwikkeling hebben aangegeven dat zij het beleid onderschrijven en aanspreekbaar zijn op de uitvoering van het beleid.

De gemeente organiseert twee keer een bijeenkomst met alle partners op het gebied van gezondheid en zorg. Enerzijds om af te stemmen; anderzijds om belangrijke thema's uit te diepen.

Daarnaast nodigt de gemeente, of één van de lokale partijen, gericht partners uit om over specifieke kwesties met elkaar van gedachten te wisselen.

4 Gezondheidsproblemen: landelijk en lokaal

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kijken we naar de landelijke trends op het gebied van de volksgezondheid en naar de belangrijkste gezondheidsproblemen van de Almeerse bevolking. Deze informatie wordt gebruikt om een goede focus aan te brengen in de uit te werken thema's voor het gezondheidsbeleid 2007-2011 van de gemeente Almere.

Voor de analyse van de landelijke en Almeerse gezondheidssituatie is gebruik gemaakt van:

- o Volksgezondheids Toekomst Verkenning (RIVM, 2006)
- o Landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006)
- o Gegevens uit recente bevolkingsonderzoeken onder Almeerders (jongerenenquête GGD 2002, seniorenenquête 2004, volwassenenquête 2006, allochtonenenquête 2002 - 2003)
- o Gegevens van lokale partners
- o Evaluatie gezondheidsbeleid 'Alméér Gezond' (Gemeente Almere, 2005) en evaluatie cliëntenervaringen (Zorgbelang Flevoland, 2006).
- o Turken, Marokkanen, Antillianen, Arubanen. Gezond en wel? (GGD, 2003)

4.2 Stand van zaken gezondheid landelijk

Een sterke inzet op gezond leven is nodig om Nederland weer in de top van de Europese ranglijst op het gebied van gezondheid te krijgen. Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht hebben van Nederland een 'middenmotor' gemaakt. Zo roken in Nederland meer vrouwen dan in landen om ons heen en drinken jongeren in Nederland vaker en vooral meer alcohol dan in andere EU-landen. Mensen profiteren zelf het meest van een langer gezond leven. Zo kunnen zij zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Bij de keuze voor een gezond leven speelt de eigen verantwoordelijkheid van burgers een grote rol, waarbij ongezond gedrag de kans op ziekten vergroot. De overheid wil mensen daarom stimuleren om 'de gezonde keuze' te maken. Het voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste gezondheidsproblemen in Nederland. Daarnaast zijn diabetes en depressie veel voorkomende ziektebeelden, waarbij met preventie veel gezondheidswinst te boeken is. Daarom zijn deze drie leefstijlfactoren en twee ziekten gekozen tot de speerpunten in de landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006). Voor deze speerpunten zijn de volgende doelstellingen vastgesteld:

- Overgewicht: het percentage overgewicht bij volwassenen stijgt niet meer en het percentage jeugdigen met overgewicht daalt ten opzichte van 2005;
- Roken: in 2010 zijn er nog 20% rokers (nu 28%),
- Schadelijk alcoholgebruik: het percentage alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen van 82,4% naar 61,3% en het percentage volwassen probleemdrinkers terugbrengen van 10,3% naar 7,5%;
- Diabetes: het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen en daarbij heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties;
- Depressie: meer mensen krijgen doelmatige preventieve hulp tegen en vroege interventie bij depressies (nu worden 4.000 personen bereikt).

4.3 Stand van zaken gezondheid Almeerders

Uit de bevolkingsonderzoeken van de GGD komen voor Almere de volgende aandachtspunten voor het gezondheidsbeleid naar voren:

Overgewicht in Almere:

Overeenkomstig met de landelijk trend blijkt overgewicht in Almere een veelvoorkomend probleem te zijn in alle leeftijdscategorieën. Bij gemiddeld 12 % van kinderen uit groep 2 en 4 van de basisschool blijkt overgewicht voor te komen, terwijl bij kinderen uit groep 7 dit percentage al is gestegen tot 23 %. Verder komt overgewicht in Almere voor bij gemiddeld 17% van de jongeren en bij 48 % van de

volwassenen. Bij ouderen is er zelfs al sprake van 61% van de mensen met overgewicht. Opvallend is dat er steeds meer mensen komen met ernstig overgewicht en dat het probleem groter is onder de allochtone bewoners van Almere. Leefstijlfactoren, waaronder teveel en verkeerde voeding in combinatie met te weinig lichaamsbeweging, zijn ook in Almere de belangrijkste oorzaken. Gezien het alsmear stijgende percentage mensen met overgewicht onder de Almeerse bevolking en de daarbij behorende risico's voor de volksgezondheid, blijft de aanpak van overgewicht een prioriteit.

Leefstijl en ervaren gezondheid

De Almeerse bevolking leeft gemiddeld ongezonder dan de rest van de Nederlandse bevolking. De jeugd bijvoorbeeld rookt meer, drinkt meer en gebruikt meer genotsmiddelen in vergelijking met het landelijke gemiddelde. Ook heeft de jeugd vaker ongezonde eetgewoontes en beweegt minder dan de rest van de Nederlandse jongeren. Eén op de zes Almeerse jongeren doet zelfs nooit aan sport. Almeerders ervaren een slechtere lichamelijke gezondheid in vergelijking met de landelijke bevolking. Daarbij ervaren mensen met een lagere opleiding hun gezondheid als minder goed dan mensen met een hogere opleiding. In het algemeen is de ervaren gezondheid onder allochtone Almeerders slechter dan onder autochtone Almeerders.

Psychische problemen

Het percentage ouderen dat zich eenzaam voelt in Almere ligt hoger dan het landelijke gemiddelde (respectievelijk 48% en 32%). Bijna de helft van de ouderen in Almere voelt zich dus wel eens eenzaam. Van de volwassenen heeft bijna 10% van de mensen sterke eenzaamheidsgevoelens en geeft 6 % aan niemand te hebben om vertrouwelijk mee te kunnen praten.

Ten opzichte van de jongeren in Flevoland hebben jongeren in Almere meer last van depressiviteit. Daarbij heeft 39% van de jongeren in Almere wel eens een probleem gehad. Dit waren met name problemen met relaties (31.2%), thuissituatie (29%), school (21%), vriendschappen (18.8%) en overlijden van een bekende (15.4%). Verder geeft één op de twaalf Almeerse jongeren aan wel eens slaap- en of kalmeringsmiddelen te gebruiken. Van de Flevolandse jongeren heeft daarnaast 13% het afgelopen jaar wel eens aan zelfmoord gedacht, waarvan de grootste groep afkomstig is uit Almere en Lelystad.

Overeenkomstig met de landelijke inzichten komen signalen van de Meregwaard en Fornhese dat kinderen van ouders met psychische problemen een belangrijke risicogroep vormen. Zij lopen een vergroot risico om nu of in hun latere leven een psychische stoornis te ontwikkelen, zoals een depressie of een angststoornis. Ook hebben zij een grotere kans om verslaafd te raken aan middelen zoals alcohol, tabak en drugs. Daarbij komt dat deze groep kinderen nergens goed in beeld is gebracht, waardoor zij tussen wal en schip dreigen te vallen. Tegelijkertijd kan geconstateerd worden dat gedragsproblematiek bij jeugd/jongeren een groeiend probleem is. Bij een deel van deze groep is er zelfs sprake van een psychiatrische stoornis. Van belang is om deze problematiek bij de jeugd zo vroeg mogelijk te signaleren en te behandelen om erger te voorkomen.

Achterstand zorgverlening aan allochtone zorgvragers

In Almere neem het totale aantal allochtonen snel toe. Op dit moment is 35,1% van de inwoners allochtoon, waarvan 25,5% niet-westers. Er bestaan verschillen in zorgconsumptie tussen allochtone en autochtone zorgvragers. Deze verschillen doen zich vooral voor op de terreinen van de GGZ, de eerstelijnszorg (huisartsenzorg), de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Allochtone hulpvragers gaan bijvoorbeeld vaker naar de huisarts, maar krijgen door taal en communicatieproblemen niet altijd de zorg die ze nodig hebben. Verder maken allochtonen veel minder gebruik van de GGZ dan autochtonen en doen pas beroep op deze zorg als de problemen al heel groot zijn. Allochtonen ouderen blijken daarnaast in veel mindere mate gebruik te maken van het bestaande aanbod voor ouderen dan de autochtone ouderen. Dit wordt met name veroorzaakt door onbekendheid met het zorgaanbod, maar ook door de onbekendheid bij de zorgverleners met de wensen en de verwachtingen van deze groep mensen uit Almere. In het algemeen kan gesteld worden dat de ervaren gezondheid onder allochtonen slechter is. Daarbij is de toegankelijkheid en de effectiviteit van de zorg minder voor deze groep, evenals het vertrouwen in en de tevredenheid over de zorgverleners. Er blijkt nog weinig concrete informatie beschikbaar te zijn over deze onderwerpen en de aanpak van dit probleem. Wel constateren alle aanbieders van zorg in Almere dat er op dit thema nog veel gezondheidswinst te behalen valt.

4.4 Toereikend voorzieningenniveau

Het aanwezig zijn en functioneren van voldoende voorzieningen is van belang voor de gezondheid. Mede veroorzaakt door de snelle groei van de stad kent Almere nog geen toereikend voorzieningenniveau op het gebied van de gezondheidszorg. Bovendien groeit het aantal mensen met een (toenemende) zorgbehoefte. Zeker na 2012 zal de behoefte aan woonzorgarrangementen snel toenemen.

Er is behoefte aan woonvoorzieningen met 24-uurszorg voor zowel (dementerende) ouderen als voor mensen met een verstandelijke handicap. Ook is er voor verschillende doelgroepen behoefte aan zorgwoningen waar de zorg binnen handbereik beschikbaar is.

In het onderzoek, uitgevoerd door RIGO research en advies (2006) is de stedelijke behoefte aan woonzorgarrangementen tot 2030 in kaart gebracht.

4.5 Evaluatie gezondheidsbeleid 2001 t/m 2005

Uit de evaluatie is gebleken dat het gezondheids(zorg)beleid een nieuwe impuls heeft gekregen. De gemeente heeft de regiefunctie zoals omschreven in de WCPV vorm gegeven. Hetgeen er bereikt is, is dankzij een goede samenwerking tot stand gekomen. Door de gemeente is in deze periode €227.000 (2002-2006) ingezet. Mede door de inzet van dit bedrag is een spin-off bewerkstelligd. Door de gezamenlijke prioritering richten de instellingen, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, hun inzet hiernaar. Deze inbreng is moeilijk te kapitaliseren.

Gerealiseerd:

- De samenwerking tussen de GGZ en de gezondheidscentra is versterkt, waarbij de deskundigheid van de medewerkers van de gezondheidscentra op het gebied van de GGZ is vergroot.
- Het project Contact vol Betekenis is van start gegaan, teneinde eenzaamheid bij ouderen te verminderen.
- Een laagdrempelige voorziening voor opvoedingsondersteuning is gerealiseerd.
- De nota Mantelzorg is in 2004 vastgesteld.
- Actie 'tegen gif', antirook interventie op 2 VO-scholen
- Versterking SOA-preventie
- In 2003 is het GALMproject van start gegaan, waarbij 1200 ouderen zijn gestimuleerd om meer te bewegen.
- Werkconferentie: 'De dokter bekent kleur' t.b.v. interculturalisatie in de zorg.
- Onderzoek naar de gezondheidssituatie van Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse inwoners in Almere.
- In 2004 is het adviesorgaan ouderen van start gegaan.
- Ontwikkeling nota Wonen-welzijn-zorg (niet vastgesteld, deels opgenomen in de Wmo)
- Conferentie juni 2005 waar de gedragscode voor (nieuwe) aanbieders is geformaliseerd.

Zorgbelang Flevoland geeft in haar evaluatieonderzoek onder cliënten aan dat er meer aandacht moet komen voor de onderwerpen: informatievoorziening, samenhang en keuzevrijheid.

4.6 Onderzoek

De Flevolandse gemeenten hebben de behoefte onderkend om meer beleidsmatige informatie te genereren op het gebied van zorg en gezondheid. Als gevolg daarvan is in het GGD bestuur besloten om een zorgzwaarteonderzoek voor de regio Flevoland uit te laten voeren door de GGD.

Dit onderzoek richt zich op:

- het vóórkomen van belangrijke aandoeningen en ziekten
- aanbod en gebruik van zorgvoorzieningen
- identificeerbare knelpunten in de zorg, op basis van demografische ontwikkelingen en de balans van ziektelast en zorgaanbod.

Daarnaast richt het onderzoek zich op de kosten van de zorg in de gemeente Almere ten opzichte van andere gemeenten.

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek (gereed begin 2008) bekijken we of en welke consequenties er zijn voor het gezondheid(zorg)beleid.

5 Prioriteiten gezondheid(zorg)beleid

5.1 Inleiding

Gezondheid(zorg)beleid betreft een breed terrein. De gezondheidsproblemen zijn zeer divers. We kunnen niet alles aanpakken. Met het oog op het te ontwikkelen beleid vraagt dit om een nadere afbakening. De prioriteitstelling heeft plaatsgevonden op 3 manieren.

- Ten eerste is gekeken naar de gezondheidssituatie van Almeerders. Een vergelijking is gemaakt met de landelijke situatie. Ook de bevindingen uit de evaluatie van het gezondheid(zorg)beleid Alm er Gezond zijn betrokken bij de prioriteitstelling (zie hoofdstuk 3);
- Ten tweede is gekeken naar de gemeentelijke prioriteiten zoals benoemd in het Collegewerkplan 2006-2010;
- Tot slot is op basis van deze items een voorstel voor de uit te werken thema's besproken in de stuurgroep gezondheidsbeleid.

Dit heeft er toe geleid om onderstaande thema's prioriteit te geven.

5.2 Benoemde prioriteiten

1. Borging Almeers model zorginfrastructuur
2. Verbeteren toegankelijkheid gezondheidszorgvoorzieningen voor allochtonen
3. Integraal beleid om overgewicht tegen te gaan
4. GGZ en jeugdzorg

De eerste prioriteit betreft het aanwezig zijn en functioneren van de voorzieningen voor gezondheid. Deze prioriteit wordt in hoofdstuk 6 uitgewerkt.

De overige prioriteiten betreffen de overige terreinen zoals benoemd in 1.5.

Deze prioriteiten worden in hoofdstuk 7 uitgewerkt.

De activiteiten vallen binnen het Collegewerkplan (2006-2010) onder programma: 'Sociaal en krachtige samenleving'. Zij dragen bij aan de doelen zoals benoemd in dit programma, te weten: -iedereen doet mee;

-sneller passende hulp bieden aan kinderen, jongeren en gezinnen die dit nodig hebben.

Veel gezondheidsverschillen zijn het gevolg van economische verschillen, zo bleek ook nu weer duidelijk uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Ook bleek dit uit de monitor volwassenen van de GGD (2005). Gerichtte aanpak op dit thema kan dan ook veel (gezondheid)winst boeken. Dit gegeven wordt gebruikt als uitgangspunt en zal bepalend zijn voor de insteek en aanpak ten aanzien van de benoemde thema's.

5.3 Beschrijving prioriteiten

1 Doorontwikkeling en borging Almeers model zorginfrastructuur

De beschrijving van dit model biedt de basis voor de (door)ontwikkeling van de benodigde zorginfrastructuur voor de komende jaren in de te bouwen stad, dan wel een eventuele heroriëntatie in de bestaande stad. Daarnaast worden sturingsinstrumenten aangegeven om het Almeerse model te borgen.

2 Verbeteren toegankelijkheid gezondheidszorgvoorzieningen voor allochtonen

Onder toegankelijkheid wordt verstaan:

-het aanbod is bekend en sluit aan bij de behoefte van allochtonen

-taal- en communicatieverschillen leveren geen barrière op

-werkers in de zorg hebben kennis van specifieke gezondheidsbehoefte van allochtonen

3 Integraal beleid om overgewicht tegen te gaan

Landelijk wordt aan dit thema hoge prioriteit toegekend. Ook in Almere is het aantal mensen met overgewicht hoog.

Er gebeurt al veel in de aanpak van overgewicht: landelijk, provinciaal, binnen het onderwijs, sport, zorg e.d. Ook in Almere. De verschillende activiteiten staan echter los van elkaar. Ingezet moet worden op een integraal, elkaar versterkend aanbod.

4 GGZ en jeugdzorg

De problematiek binnen dit thema is uit te splitsen in twee items:

1. kinderen/jeugdigen met een psychiatrische stoornis

Geconstateerd is dat gedragsproblematiek bij jeugd/jongeren een groeiend probleem is. Bij een deel van deze kinderen is er sprake van een psychiatrische stoornis. Van belang is om de problematiek zo vroeg mogelijk te signaleren en te behandelen met als doel dat in de ontwikkeling zo min mogelijk schade ontstaat.

2. kinderen/jeugdigen van ouders met psychiatrische problemen

Wanneer ouders kampen met psychiatrische problematiek heeft dat ook een zware impact op kinderen binnen het gezin. De geboden zorg aan de kinderen/jeugdigen en hun ouders dient op elkaar te worden afgestemd en systeemgericht te worden aangeboden. Het doel is: kinderen/jeugdigen krijgen die ondersteuning die ze nodig hebben zodat zij zich zo optimaal mogelijk kunnen ontwikkelen.

5.4 Randvoorwaarden

De uitvoering van het gezondheidsbeleid kan alleen gestalte krijgen met de medewerking en de inzet van de lokale partners en zorgverzekeraar c.q. zorgkantoor. Een groot aantal partners zijn betrokken bij de beleidsontwikkeling. Om de uitvoering ter hand te nemen worden in een actieprogramma nadere afspraken gemaakt over wie wat doet.

De uitvoering van het gezondheidsbeleid kan binnen de bestaande middelen, aangevuld met extra middelen die zijn opgenomen in de conceptprogrammabegroting 2008, t.w. € 50.000, gedekt uit extra middelen Wmo.

De uitwerking van de strategische onderwerpen vindt plaats binnen reguliere capaciteit en reguliere middelen.

In het actieprogramma komt een uitgewerkte begroting met een dekkingsvoorstel. Hierin zal ook de (financiële) inzet van andere partners worden opgenomen.

6 Almeers model zorginfrastructuur

6.1 Inleiding Almeers model zorginfrastructuur

Een wijkgerichte aanpak is nodig om de voorzieningen in de woon- en leefomgeving van de zorgvrager te kunnen aanbieden.

Mensen met een zorgbehoefte willen tegenwoordig zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en actief deel blijven nemen aan de samenleving. Dit vraagt een gezondheidszorg die hier optimaal op inspeelt en samenhang vertoont. Samenhang gaat over afstemming, samenwerking en toegankelijkheid van zorgprogramma's, hulpverleners en instellingen binnen en buiten de regio. De inrichting van de gezondheidszorg is in het nog jonge bestaan van onze stad altijd al gericht geweest op een sterke eerstelijnszorg: zorg op maat, zoveel mogelijk thuis.

Naast kwalitatief goede gezondheidszorg is afstemming tussen wonen, welzijn en zorg noodzakelijk. Dit vraagt om voldoende aangepaste en aanpasbare woningen in de woningvoorraad en om kleinschalige woonvoorzieningen. Het aanbod dient verspreid over de stad beschikbaar te zijn. Aanpasbare woningen kunnen, indien nodig, voor naar verhouding weinig meerkosten worden omgekleurd tot aangepaste woningen. Een geschikte of geschikt te maken woningvoorraad voorkomt later dure individuele woningaanpassingen.

Om het mogelijk te maken dat alle mensen kunnen deelnemen aan de samenleving, moet het dienstenaanbod op het gebied van zorg, preventie, welzijn, vervoer en ondersteuning 'zo dicht mogelijk bij huis' in voldoende mate beschikbaar te zijn en op elkaar afgestemd.

Tot slot is de fysieke toegankelijkheid een belangrijke randvoorwaarde voor sociale en maatschappelijke participatie. Naast aangepaste woningen gaat het dan om bereikbare voorzieningen, toegankelijke straten, gebouwen en openbare ruimten.

Kleinschalig aanbod aan woonvoorzieningen: zo gewoon mogelijk (onderdeel van de samenleving/wijk) en primair opgezet vanuit de gedachte van prettig wonen en leven, secundair vanuit zorg. Samen wonen en Samen leven: van binnen naar buiten én van buiten naar binnen: inclusiemodel.

Het Wmo-beleid en het gezondheid(zorg)beleid dienen optimaal aan te sluiten op het beleid van de care en de cure. Dit vraagt heldere samenwerkingsafspraken tussen gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraar(s).

6.2 Hoofdpijnen Almeers model zorginfrastructuur

De hoofdpijnen Almeers model zorginfrastructuur zijn:

- Kwaliteit van leven: vraag van de cliënt staat centraal
- Zorg wordt, waar nodig, zoveel mogelijk aan huis aangeboden
- Integratie van wonen-welzijn-zorg
- Gezondheidscentra (per 10.000-15.000 inwoners)
- Samenhangend systeem van voorzieningen
- Sterke eerste lijn door neerwaartse substitutie
- Verregaande samenwerking en integratie door ketenzorg
- Overzichtelijk aantal partijen met hoog commitment (overzichtelijk en aanspreekbaar)
- Maximale transparantie en beschikbaarheid
- De zorg is geworteld in de wijk

6.3 Opbrengsten Almeers model

Het Almeerse model heeft het volgende opgeleverd:

- Het Almeerse model biedt maximale toegankelijkheid

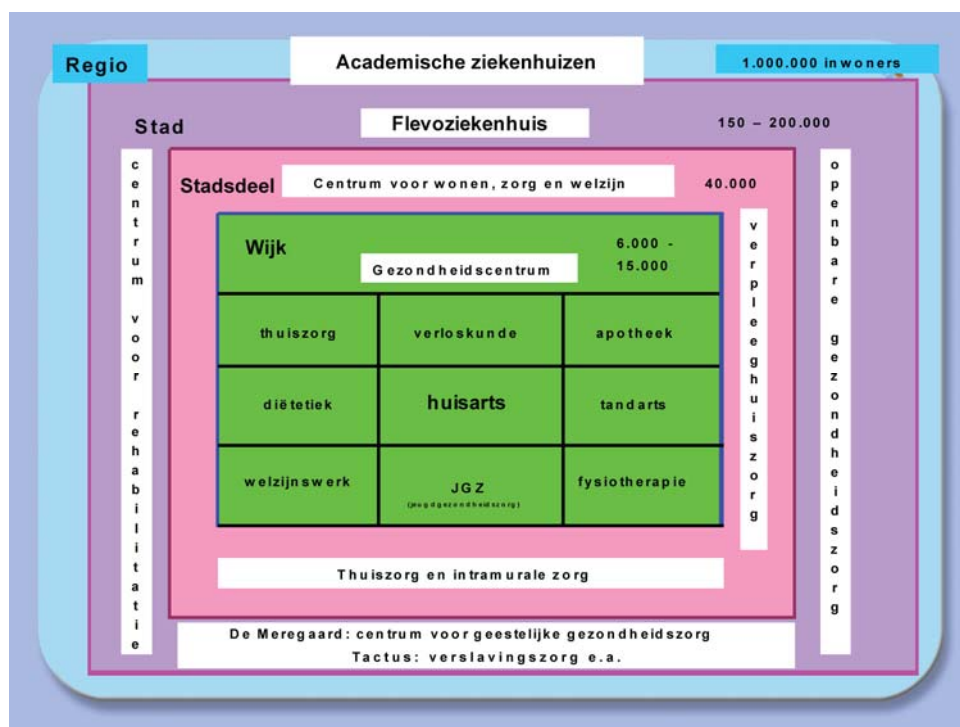
Een fijnmazig netwerk van gezondheidscentra en andere voorzieningen maakt de zorg optimaal toegankelijk. Dit biedt ook samenhang en overzicht voor de klanten.

- Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor complexe doelgroepen
De Almeerse context maakt het mogelijk om Almere breed disease management rond veel voorkomende ziektebeelden te beschrijven en te implementeren, bijvoorbeeld bij preventie en behandeling van angststoornissen.
- Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn bij de Geestelijke Gezondheids voor volwassenen is geringer dan landelijk; de tweede lijn is op dit gebied in Almere kleiner van omvang.
Zo ondersteunen de GGZmedewerkers bijvoorbeeld de eerstelijnsmedewerkers zodat zij meer problematiek in de eerste lijn kunnen aanpakken, waardoor een grotere efficiëntie van de inzet van specialistische zorg ontstaat.

Met preventie is veel gezondheidswinst te behalen. Een knelpunt is dat de huidige betalingssystematiek dit eerder afstraft dan belooft. Bovendien blijven de benodigde middelen achter bij de bevolkingsgroei van Almere. Dankzij de volharding en de grote samenwerkingsbereidheid tussen de partners is in Almere veel mogelijk.

6.4 Vlekkenschets zorginfrastructuur: Almeers model 2015

Model zorginfrastructuur:



De vlekkenschets geeft een beschrijving van welke zorg beschikbaar is op het niveau van 10.000-15.000 inwoners en wat stedelijk georganiseerd wordt.

- Per 10.000-15.000 inwoners:
 - 1 volledig geoutilleerd gezondheidscentrum met in elk geval de disciplines: Huisarts, wijkverpleging, verloskunde, thuiszorg, fysiotherapie, maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg, informatie en advies, apotheek, OKépunt.
- Daarnaast kleinschalige zorgsteunpunten met minimaal huisarts en wijkverpleegkundige.
- In de directe omgeving van het gezondheidscentrum c.q. zorgsteunpunt zijn kleinschalige woonvoorzieningen gesitueerd. Wonen-welzijn-zorgconcepten worden in diverse verschijningsvormen 'zo gewoon mogelijk' georganiseerd en zijn altijd als onderdeel van de omgeving vormgegeven en waar mogelijk gecombineerd met een gelegenheid voor ontmoeting, recreatie en zinvolle dagbesteding.

- In de wijk zijn voldoende aangepaste (=rolstoelgeschikte), dan wel aanpasbare woningen beschikbaar.
- Stedelijk: ziekenhuis, tweedelijns GGZ en GGD.

6.5 Sturingsinstrumenten

Hieronder staat een inventarisatie van mogelijke sturingsinstrumenten om het Almeerse model te realiseren. Van belang is om te realiseren dat sturing op het Almeerse model niet uitsluitend gaat om voorzieningen op het gebied van zorg en gezondheid, maar om voorzieningen op het gebied van wonen-welzijn-zorg. Daarnaast is onderscheid te maken tussen sturingsinstrumenten in nieuwe gebieden en in bestaande gebieden.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de 'stenen voorzieningen' het Almeerse model moeten faciliteren. Er is echter meer nodig dan gebouwen om het Almeerse model te realiseren. Het Almeerse model gaat om samenwerking met en tussen partners.

In de ondergenoemde sturingsinstrumenten is onderscheid gemaakt tussen
 -sturing in samenhang tussen partners en
 -sturing m.b.t. stenen randvoorwaarden.

Sturing in samenhang tussen partners:

- Gedragscode

De gedragscode is bedoeld als sturingsinstrument om samenhang in de zorg zoveel mogelijk te bewerkstelligen c.q. te behouden.

Een groot aantal van de huidige aanbieders onderschrijft de gedragscode.

Agis heeft de gedragscode geïncorporeerd in het inkoopbeleid.

Ook het College ondersteunt de gedragscode (Collegebesluit d.d. 17 februari 2006).

- Basisafspraken op stedelijk niveau tussen alle (zorg)partners.

Deze basisafspraken betreffen in feite een doorontwikkeling van de gedragscode. Daarnaast worden de afspraken op wijkniveau ingekleurd met afspraken over de concrete samenwerking op collectief en individueel niveau. De afspraken worden in samenhang met het beleid inzake de Wmo en het samenhangend jeugdbeleid ingevoerd. Van belang is om breed draagvlak te creëren voor deze basisafspraken en zichtbaar te maken welke instellingen deze set van afspraken onderschrijven en ernaar handelen.

- Ontwikkeling samenhangend beleid

De gemeente dient zorg te dragen voor samenhang in beleid.

- Formuleren van bestek

Bij aanbesteding van taken gemeentelijke taken is de gemeente verantwoordelijk voor het opstellen van het bestek waarin beschreven staat wat van de aanbieder wordt verwacht.

Ook subsidiebeschikkingen betreffen contracten waarin is vastgelegd wat wordt verwacht voor de te ontvangen subsidie.

Sturing m.b.t. stenen randvoorwaarden:

- Ruimtelijke ordening

Bestemmingsplannen als zodanig zijn heel globaal en bieden daarom nauwelijks een sturingsinstrument.

Positief sturen kan in de nieuwe gebieden door tijdig voldoende voorzieningen en zorgwoningen te plannen.

- Uitgiftestrategie moet het Almeerse model mogelijk maken

Particulier Opdrachtgeverschap (PO), Collectief Particulier Opdrachtgeverschap (CPO) en Mede opdrachtgeverschap (MO) zijn belangrijke instrumenten om consumentgericht te bouwen, ook voor mensen met een beperking. Daarnaast zijn er echter ook woonvoorzieningen die niet gerealiseerd kunnen worden binnen de criteria van PO, CPO en MO, zoals bijvoorbeeld (intramurale) woonzorgvoorzieningen voor psychogeriatrische ouderen. Voor deze woonzorgvoorzieningen is het met het oog op het realiseren van het Almeerse model van belang dat 1 op 1 uitgifte van de grond mogelijk is.

Dat geldt ook voor een gezondheidscentrum. Door eventueel behoud van de grondpositie bij de bouw van een gezondheidscentrum blijft flexibiliteit bestaan om in de toekomst functies om te kleuren of toe te voegen. Bijvoorbeeld vangnet 0-99 jaar, welzijnsactiviteiten e.d.

- **Voldoende voorzieningen en woonzorgarrangementen**

De gemeente is verantwoordelijk voor het faciliteren van voldoende voorzieningen op het gebied van gezondheid en zorg en voor voldoende en passende huisvesting voor haar burgers. Dit geldt zeker ook voor kwetsbare doelgroepen die wonen combineren met de benodigde zorg. Dit kan intensieve zorg betreffen (bijv. verpleeghuizen) of minder intensieve zorg waarbij men zelfstandig woont en men de zorg naar behoefte thuis krijgt aangereikt. Met de invoering van de Wmo (1 januari 2007) is de gemeente volledig verantwoordelijk geworden voor alle individuele woningaanpassingen in geval van een handicap. Uit het behoefteonderzoek naar woonzorgarrangementen (Rigo 2005) is duidelijk geworden dat er een grote taakstelling ligt op dit gebied.

Om voldoende voorzieningen te realiseren is het van belang om gezamenlijk op te treden met zorgverzekeraar en zorgkantoor.

6.6 Wat gaan we doen?

Op basis van de inventarisatie van sturingsinstrumenten wordt hier aangegeven wat we concreet gaan doen om het Almeerse model zorginfrastructuur te borgen.

- **Ontwikkelen en afsluiten basisafspraken mb.t. samenhang en samenwerking**

We organiseren een werkconferentie of een aantal werklunches over samenhang en samenwerking in de gezondheidszorg.

Deze bijeenkomst(en) moet(en) de ingrediënten voor het basisafspraken en de afspraken op wijkniveau opleveren. Tevens onderzoeken we wat de mogelijkheden zijn om zichtbaar te maken welke organisaties wel en welke niet voldoen aan de gemaakte afspraken.

Van belang is om breed draagvlak te creëren voor deze basisafspraken en zichtbaar te maken welke instellingen deze set van afspraken onderschrijven en ernaar handelen.

Mogelijkheden worden onderzocht om de afspraken minder vrijblijvend te maken, bijvoorbeeld door inkoopbeleid, subsidiebeschikkingen e.d.

- **Ontwikkeling samenhang in beleid**

Door de huidige opzet van het Collegewerkplan 2006-2010 en de uitwerking hiervan in programma's wordt meer samenhang in beleid gerealiseerd.

Een nieuw, nog verder te ontwikkelen initiatief, is de maatschappelijke markt. De bedoeling van de maatschappelijke markt is juist om het sectorale denken te doorbreken en meer samenhang en synergie te zoeken tussen de verschillende beleidsterreinen. Niet alleen vanuit de gemeente, maar juist samen met de lokale partners.

- **Uitwerkingsplan opgave wonen-welzijn-zorg per stadsdeel**

Op basis van prognoses van behoeften per stadsdeel wordt een inventarisatie gemaakt van de huidige situatie en de gewenste situatie op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Vervolgens wordt met alle (van toepassing zijnde) partners overleg gevoerd en afspraken gemaakt over hoe de gewenste situatie te realiseren. Dit geldt voor zowel de nieuwe als de bestaande stad, teneinde spreiding van de voorzieningen te bewerkstelligen.

Onlosmakelijk verbonden met woonzorgarrangementen zijn de omgevingsrandvoorwaarden die nodig zijn opdat mensen met een beperking optimaal kunnen participeren in de samenleving.

Het uitwerkingsplan opgave wonen-welzijn-zorg per stadsdeel wordt, na vaststelling door het College, ter hand genomen. Het beleidskader dat ten grondslag ligt aan het uitwerkingsplan opgave wonen-welzijn-zorg wordt, voor zover niet opgenomen in de Wmo-nota 2008-2010, in een aparte nota opgenomen.

7 Uitwerking overige prioriteiten

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de inhoudelijke prioriteiten uitgewerkt. De activiteiten dragen bij aan het programma 'Sociaal en krachtige samenleving' uit het Collegewerkplan (2006-2010).

Per prioriteit wordt ingegaan op:

- huidige situatie
- doelgroep
- doel
- voorgestelde interventies
- resultaat/indicator

7.2 Verbetering toegankelijkheid gezondheidszorgvoorzieningen voor allochtonen

• Inleiding

Almere verkleurt snel en in alle wijken. Op dit moment is 35,1% van de inwoners allochtoon, waarvan 25,5% niet-westers; de verwachting is dat dit aandeel groeit naar bijna 40% in 2025, waarvan 29,6% niet-westers (Bron: onderzoek & statistiek gemeente Almere 2007).

Geconstateerd is dat de toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen voor allochtonen niet optimaal is.

Onder toegankelijkheid wordt in dit kader verstaan:

- het aanbod is bekend en sluit aan bij de behoefte van allochtonen
- taal- en communicatieverschillen leveren geen barrière op
- werkers in de zorg hebben kennis van specifieke gezondheidsbehoefte van allochtonen.

• Huidige situatie

Er is sprake van een duidelijke gezondheidsachterstand onder de diverse etnische groepen, met name Surinamers, Turken en vluchtelingen. Ouderen, alleenstaande ouders en vluchtelingen vormen verdere risicogroepen. Bewegingsarmoede en overgewicht zijn belangrijke risicofactoren.

Er bestaan aanzienlijke verschillen in gezondheid en zorggebruik tussen autochtone-allochtone Almeerders en tussen de verschillende etnische groepen onderling. Verschillen in zorgconsumptie tussen allochtonen en autochtone zorgvragers doen zich vooral voor op de terreinen van de GGZ, de eerstelijnszorg, de (verstandelijk) gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Ook sluiten de zorgvoorzieningen niet goed aan op de behoeften van deze doelgroepen. Taal- en communicatieproblemen leveren veelal problemen op in het zorgverleningsproces.

Op basis van literatuuronderzoek, beschrijving van good-practices en algemene determinanten van succesvolle zorginnovaties is in januari 2007 een quick-scan ontwikkeld en bij wijze van 0-meting uitgevoerd onder de Almeerse zorginstellingen. De quick-scan resulteerde in een overzicht van 50 procesindicatoren voor interculturalisatie van zorg.

Grofweg kan men op basis van deze 0-meting stellen dat Almeerse zorginstellingen het belang van interculturalisatie onderkennen, maar dat het ontbreekt aan structurele verankering. Er is veel ruimte voor verbetering. Over de noodzaak van inhoudelijke scholing voor professionals zijn de meningen unaniem. Gericht beleid en inbedding daarvan ontbreken.

Interculturalisatie van zorg is het veranderingsproces dat moet leiden tot een betere afstemming van het zorgaanbod op de wensen en behoeften van allochtone Almeerders. In dit veranderingsproces is niet de allochtone cliënt focus van verandering, maar de individuele medewerker op alle niveaus van de organisatie. Succesvol interculturalisatiebeleid richt zich op beleidsprocessen en de praktijk van de zorgverlening, zodanig dat het diversiteitsperspectief geïntegreerd wordt in beleidsontwikkeling, methodieken, instrumenten en competenties van alle medewerkers. Zo is intercultureel personeelsbeleid een onlosmakelijk onderdeel van het veranderingsproces.

Het advies van landelijke experts en directie- c.q. stafleden van Almeerse zorginstellingen aanwezig tijdens de expertmeeting 'Kleur in de Zorg' (Almere, maart 2007) onderschrijven het uitgangspunt: 'algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig'. De doelgroep wordt actief betrokken bij dit proces door bijvoorbeeld kringgesprekken en/of onderzoek naar cliënttevredenheid.

De ontwikkeling van kennis over etniciteit en gezondheid, richtlijnen, interculturele methodieken en ondersteunende materialen staat landelijk nog in de kinderschoenen. Interculturalisatie betreft dus een

veranderings- en ontwikkelingstraject van langere duur, waarbij samenhang, continuïteit en intensieve dialoog met de allochtonen doelgroepen de noodzakelijke voorwaarden voor succes zijn. Onder de Almeerse zorgaanbieders is een groot draagvlak om dit traject aan te gaan.

Voor dit onderwerp liggen er mooie kansen voor Almere dankzij de inzet van de zorggroep. Er zijn allerlei contacten, zoals bijvoorbeeld VWS (Leo Kliphuis), Prof. Dr. Karien Stronks (hoogleraar Maatschappij en Gezondheid, AMC), Vakgroep Cultuur en Gezondheid Vrije Universiteit en landelijke kenniscentra als st. Pharos en Pacemaker. Dit biedt mogelijkheden om uit te kunnen uitgroeien als proeftuin voor het ontwikkelen van interculturele methodieken en producten.

- **Afbakening doelgroep**

Het voorstel is om in te steken op de volle breedte van de doelgroep allochtonen, met een focus bij de volgende doelgroepen:

Aanstaande en jonge ouders

Ouderen en chronisch zieken

GGZ problematiek onder vluchtelingen en oudere migranten.

- **Doel**

Allochtone en autochtone zorgvragers hebben een gelijkwaardige toegang tot en effectiviteit c.q. kwaliteit van de gezondheidszorg door middel van een integrale werkwijze op het gebied van diagnostiek/signalering, begeleiding/behandeling en doorverwijzing van allochtone zorgvragers.

Hiervan afgeleide subdoelen zijn:

-beter inzicht in de zorgbehoefte van allochtone cliënten

-verbetering interculturele competenties van medewerkers/professionals

-verbeteren van de kennis bij professionals over etnisch specifieke aandoeningen en risico's

-verbetering van de mate van tevredenheid van de allochtone cliënten

-verbetering informatievoorziening aan allochtonen

- **Voorgestelde interventies**

Op het gebied van beleid:

- Een meerjaren scholingsbeleid gericht op alle zorgverleners, directies en managers van de Almeerse zorginstellingen
- Bevorderen van de dialoog met en de behoeftepeiling onder allochtone doelgroepen
- Ontwikkelen van werkvormen die medewerkers sensibiliseren voor het perspectief van de allochtone cliënt
- Bevorderen actief intercultureel personeelsbeleid
- Ontwikkelen specifieke methodieken en/of aanbod voor de focusdoelgroepen
- Ontwikkelen monitor voor interculturalisatie
- Voorlichting en informatie toegespitst op allochtone doelgroepen om bekendheid met en adequaat gebruik van zorgvoorzieningen te stimuleren.

Op het gebied van onderzoek:

- Gericht vervolgonderzoek naar gezondheid onder de belangrijkste etnische groepen in Almere. Het bevolkingsprofiel van Almere is de afgelopen vijf jaren veranderd. Het eerdere kleinschalige onderzoek laat significante gezondheidsverschillen zien die vragen om een verdere exploratie. Goede samenwerking tussen gemeente, GGD en Zorggroep Almere is aangewezen om te komen tot een vraagstelling en uitvoering die aansluiten op de informatie behoefte van de Almeerse zorginstellingen.
- Het registreren van etniciteit naar geboorteland principe en zelfidentificatie in de dossiers van alle zorginstellingen.
- Monitoren van de interculturele activiteiten van de verschillende zorginstellingen: vaststellen en vervolgen van prestatie indicatoren; procesevaluaties en effectmetingen van scholingen en nieuw te ontwikkelen methodieken en interventies.

Uitgangspunt is het vormgeven van samenhangend beleid, waarbij de Almeerse zorginstellingen beleid en activiteiten op elkaar afstemmen en good practices uitwisselen. Waar sprake is van nieuw te ontwikkelen methodieken en interventies zal voor een pilotbenadering worden gekozen in de meest kansrijke setting.

- **Resultaat**

De quickscan naar interculturalisatie van Almeerse zorginstellingen als zodanig kan als monitor worden gebruikt en over 2 en 4 jaar herhaald worden, waarbij de resultaten dienen te zijn verbeterd. Deze dient dan te worden aangevuld met een interview met directies / aandachtsfunctionarissen per instelling, om beter zicht te krijgen op de ontwikkelingen in het kader van het interculturalisatieproces. In eerste instantie zal vooral op kwalitatieve wijze het cliëntperspectief en cliëntervaringen worden geïnterviewd. Op basis daarvan kunnen in een latere fase een kwantitatieve monitor en evaluatie-instrumenten worden ontwikkeld.

7.3 Tegengaan overgewicht

- **Inleiding**

Een omgeving waarin relatief gemakkelijk gekozen wordt voor een grote energie-inname of een beperkte hoeveelheid lichamelijke activiteit, wordt ook wel een 'obesogene' omgeving genoemd.. De obesogene omgeving combineert een overweldigend voedselaanbod met de verleiding tot inactiviteit. Een zwaarwegend onderdeel van deze omgeving zijn de media; via allerlei kanalen stroomt informatie over voeding toe op de jeugd. Deze informatie wordt vaak in een staat van fysieke passiviteit genuttigd: een mens beweegt nauwelijks als hij televisie kijkt of achter de computer zit. De mediaboodschappen over eten bevatten dikwijls direct of indirect de aanmoediging tot het consumeren van ongezond en teveel voedsel.

Zowel bij kinderen als volwassenen zijn dus behalve persoonsgebonden factoren (beweging en voedselkeuze) waarschijnlijk ook omgevingsfactoren belangrijk bij het ontstaan en in stand houden van overgewicht (Gezondheidsraad, 2003a). Andere voorbeelden van omgevingsfactoren zijn tussendoortjes in automaten en kantines op school en grote maaltijdporties in "fast food" restaurants. Een specifieke doelgroep wordt gevormd door kinderen en jeugdigen met een chronische psychiatrische stoornis. Zij vormen een bijzondere risicogroep voor het ontwikkelen van overgewicht als gevolg van b.v. medicatiegebruik, sociale en motorische handicaps en buitengesloten worden.

- **Huidige situatie**

Overgewicht is een belangrijk én groeiend gezondheidsprobleem. Landelijk wordt aan dit thema hoge prioriteit toegekend. Overgewicht leidt onmiskenbaar tot een reductie van kwaliteit van leven door het optreden van verschillende ziekten en daarmee ook van levensverwachting. Overgewicht is in de Gemeente Almere een groot gezondheidsprobleem. Een samenvatting van de resultaten uit de gezondheidsenquête 2005 onder volwassenen van de GGD ziet er als volgt uit:

	Almere	Flevoland	Nederland
Ondergewicht (%)	2	2	2
Gezond gewicht (%)	51	51	57
Overgewicht (%)	33	34	32
Ernstig overgewicht (%)	15	14	10

Landelijk zijn naar schatting 7% tot 16% van de jeugdigen te zwaar.

Van de Almeerse kinderen in de basisschoolleeftijd (scholierenonderzoek 2004) varieert het percentage overgewicht tussen de 11 en 23%:

Overgewicht:

Groep 2 (5 jaar) : 11%

Groep 4 (7 jaar) : 13%

Groep 7 (11 jaar) : 23%

Uit bovenstaande cijfers blijkt een sterke toename naar mate jeugdigen ouder worden tijdens de basisschoolleeftijd. Daarnaast is sprake van een stijgende groep met ernstig overgewicht, obesitas.

Er gebeurt al veel om overgewicht tegen te gaan: landelijk, provinciaal, binnen het onderwijs, sport, zorg e.d. Ook in Almere. De verschillende activiteiten staan echter los van elkaar. Ingezet moet worden op een integraal, elkaar versterkend aanbod.

- **Afbakening doelgroep**

Prioriteit wordt gelegd bij de doelgroep jeugd 0-18 jaar.

In eerste instantie wordt de focus gelegd bij 0-4 jarigen en hun ouders. Later zal dit worden verbreed naar 4-12 jarigen en tenslotte van 12-18 jarigen.

Het bestrijden van overgewicht op jonge leeftijd is eenvoudiger dan op volwassen leeftijd. Voedings- en bewegingsgewoonten zijn nog minder ingeslepen en dus makkelijker veranderbaar.

Bovendien is de gezondheidswinst het grootst bij jonge kinderen.

- **Doelstelling/resultaat**

De preventie van overgewicht in de Gemeente Almere richt zich zowel op het voorkomen van het ontstaan van overgewicht als op het voorkomen dat jongeren die al overgewicht hebben verder toenemen in gewicht.

Het uiteindelijke doel is dat het overgewicht onder jeugd 0-18 jaar niet verder toeneemt.

- **Voorgestelde interventies**

Gestart gaat worden met het ontwikkelen van randvoorwaarden om te komen tot ketensamenwerking tussen de betrokken partijen. De volgende activiteiten worden hiertoe ontwikkeld:

- Onderzoek naar de mogelijkheden voor een centrale registratie voor kinderen met overgewicht;
- Ontwikkelen van een protocol voor het preventieve- en medische domein waarin o.a. verwijfsafspraken zijn opgenomen tussen JGZ en 1^e en 2^e lijn gezondheidszorg;
- Opzetten van een korte checklist voor vroegtijdig signaleren van obesitas;
- Ontwikkelen samenhang in producten en diensten (continuüm);
- Meten van het effect van interventie door het beschikbaar hebben van een effectieve registratie afspraken tussen de partners.

7.4 GGZ en jeugdzorg

De problematiek binnen dit thema is uit te splitsen in twee items:

- kinderen/jeugdigen met een psychiatrische stoornis
- kinderen/jeugdigen van ouders met psychiatrische problemen

7.4.1 kinderen/jeugdigen met een psychiatrische stoornis

- **Inleiding**

Jonge kinderen maken in een hoog tempo stappen in hun ontwikkeling door. Stagnatie in die ontwikkeling door bijvoorbeeld een psychiatrische stoornis, heeft al snel grote gevolgen voor het verdere leven van het kind. Ontwrichtende stoornissen in de peutersjaren zijn voorspellers van ontwrichtend gedrag op volwassen leeftijd.

Er is steeds meer kennis over de invloed van genetische- en omgevingsfactoren bij psychiatrische stoornissen. Onderzoek wijst ook uit dat bij gedragsstoornissen en ADHD de genetische factoren (aanleg) veel meer bepalend zijn voor de stoornis dan de omgevingsfactoren (b.v. gezinsomstandigheden).

Er zijn steeds meer behandelingsmogelijkheden, die bewezen effectief zijn bij een aantal psychiatrische stoornissen.

Vroege diagnostiek en behandeling, met respect voor de belasting van de stoornis voor het gezin, levert een positieve bijdrage aan het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen met een psychiatrische stoornis.

- **Huidige situatie**

Geconstateerd is dat gedragsproblematiek bij jeugd/jongeren een groeiend probleem is. Bij een deel van deze kinderen is er sprake van een psychiatrische stoornis. Van belang is om de problematiek zo vroeg mogelijk te diagnosticeren en te behandelen.

Met name voor kinderen die starten met het taakgerichte leren in de basisschool (groep 3, 4 en 5) worden als gevolg van gedragsproblemen snel grote achterstanden en verslechtering van het gedrag op school geconstateerd. Voor deze groep kinderen kan door tijdige diagnostiek en adequate poliklinische behandeling snel goede resultaten worden bereikt.

Voor allochtonen is een specifieke aanpak nodig. Verwijzing naar de GGZ is voor deze doelgroep extra lastig. Men is gewend de zorg voor elkaar op zich te nemen.

- **Afbakening doelgroep**

Eerste prioriteit wordt gelegd bij de doelgroep 0-4 jarigen, en kinderen in de basisschoolleeftijd, met name kinderen van groep 2 tot en met groep 5.

- **Doelstelling**

Door vroegsignalering, vroege diagnostiek en de juiste behandeling wordt een positieve bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het (zeer) jonge kind. De kosten van het organiseren en leveren van deze vroege diagnostiek en behandeling per individu zal lager zijn dan de kosten van diagnostiek en behandeling als deze op latere leeftijd gestart wordt.

Door ggz-expertise beter beschikbaar te maken in de eerste lijn en het (speciale) onderwijs, in samenwerking met de Zorggroep en in de OKépunten, vind adequatere vroegsignalering plaats.

- **Voorgestelde interventies**

- Deskundigheidsbevordering t.a.v. signaalfunctie, eigen inzet en verwijzing.

- Screening, advisering en eerste interventies vinden zoveel mogelijk plaats in de directe omgeving van

het kind, in goede samenwerking met het onderwijs, de GGD, de Zorggroep Almere en de provinciale zorgaanbieders.

- Uitgebreide psychiatrische diagnostiek en multidisciplinaire behandeling vindt vervolgens zo snel mogelijk plaats binnen Fornhese.

- **Resultaat**

In samenwerking met de GGD en de Zorggroep Almere wordt vanuit Fornhese een project gestart waarbij de volgende resultaten worden bereikt:

- In 2011 heeft deskundigheidsbevordering t.b.v. het signaleren op de vindplaatsen zoals OKépunten, kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, consultatiebureau, project op stap, eerste groepen basisonderwijs plaatsgevonden en heeft dit geleid tot een jaarlijkse toename van het aantal adequate aanmeldingen van minimaal 30 kinderen per jaar vanaf 2008.
- In 2011 is er geen wachttijd tussen signalering, advisering in de eerste lijn of onderwijs en de start van de diagnostiek in Fornhese.
- Er wordt een onderzoek gestart naar de ontwikkeling van de problematiek van kinderen die zijn aangemeld via dit project.

7.4.2 kinderen/jugdigen van ouders met psychiatrische problemen

- **Huidige situatie**

Wanneer ouders kampen met psychiatrische of andere problematiek heeft dat ook een zware impact op kinderen binnen het gezin. Zeker tien procent van alle kinderen valt onder deze noemer. Zij groeien op met een vader, moeder, broer of zus met een lichamelijke of psychische chronische ziekte, handicap of verslaving. Voor hen is dat meestal heel gewoon. Toch loopt een aantal kinderen en jongeren het risico op den duur zelf lichamelijke of emotionele klachten te krijgen. Met name bij psychiatrische problematiek van de ouders lopen kinderen risico. Deze problemen zijn veelal niet zichtbaar voor anderen, waardoor ook de eventuele problemen van de kinderen niet (snel) signaleerd worden. Exacte cijfers voor Almere zijn dan ook niet bekend. Bij de Meregwaard zijn ongeveer 3000 patiënten actueel in behandeling. Als een klein deel hiervan kinderen heeft, dan heb je het nog over een behoorlijke groep.

Bij de geboden zorg aan volwassenen dient dan ook rekening te worden gehouden met de eventuele ondersteuningsbehoefte van de kinderen van deze ouders.

De Meregwaard biedt 3 cursussen om kinderen van ouders met psychiatrische problemen te ondersteunen, t.w.:

- Kopp cursus

- Een steuntje in de rug.

Dit zijn landelijk ingezette interventies die hun effectiviteit bewezen hebben.

Uiteraard zijn ook andere interventies mogelijk.

- **Afbakening doelgroep**

Dit onderwerp richt zich op 0-18 jarigen.

- **Doelstelling**

Kinderen/jeugdigen van ouders met psychiatrische problemen krijgen die ondersteuning die ze nodig hebben zodat zij zich zo optimaal mogelijk kunnen ontwikkelen.

- **Voorgestelde interventies**

De voorgestelde interventies richten zich op:

1. het bereiken van de doelgroep en toeleiding naar passend aanbod; van belang is om het aanbod zo 'gewoon' mogelijk aan te bieden, bij voorkeur buiten de GGZ;
2. op het genereren van meer informatie over het aantal kinderen van ouders met psychiatrische problemen in Almere.

De Meregwaard streeft ernaar om per 2008 een registratiesysteem gereed te hebben waarin tevens de kinderen van volwassenen met psychiatrische problemen worden opgenomen. Daarna is het streven om deze registratie te verbreden naar andere instellingen op het gebied van GGZ en verslavingszorg. Daarnaast willen we het bereik van de doelgroep vergroten door een startbijeenkomst met sleutelorganisaties te organiseren met als doel:

- bewustwording voor deze problematiek bij professionals te realiseren;
- gezamenlijke acties te bespreken om de doelgroep te bereiken en de toegankelijkheid van het aanbod te vergroten.

Op basis van de informatie uit deze bijeenkomst wordt een plan van aanpak opgesteld, waarna in 2008 een pilot van start gaat in een nog te bepalen wijk.

- **Resultaat**

- inzicht in het aantal kinderen (per leeftijdscategorie) van ouders met psychiatrische problematiek bij de Meregwaard vanaf 2009;
- in 2010 is het gebruik van passend aanbod toegenomen.

8 Vervolg

8.1 Vervolg

De nota gezondheids(zorg)beleid loopt van 2007-2011.

Na vaststelling van de nota door de Raad wordt een actieprogramma ontwikkeld voor de daadwerkelijke uitvoering van het gezondheid(zorg)beleid.

Per prioriteit wordt het beleidskader uitgewerkt tot concrete activiteiten.

Tevens worden dan concrete afspraken gemaakt over wie wat doet.

In maart 2008 is het actieprogramma gereed, inclusief een planning in tijd voor de uitvoering.

Tevens wordt in het actieprogramma beschreven hoe de activiteiten en de resultaten gevolgd worden.

8.2 Evaluatie

Gezien de vele ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg is het van belang om met regelmaat kritisch de stand van zaken van de beleidsontwikkeling- en uitvoering tegen het licht te houden, teneinde optimaal aan te (blijven) sluiten bij de actualiteit en bij de doelstellingen van het College.

Om hier invulling aan te geven stellen we voor om elke 2 jaar te evalueren. Indien nodig vindt een bijstelling plaats. Bij de evaluatie in 2009 verwerken we dan tevens de bevindingen uit het zorgzwaarteonderzoek, inclusief een advies over eventuele consequenties van de resultaten uit dit onderzoek voor het te voeren gezondheid(zorg)beleid.

In de lijn van de eerste nota gezondheidsbeleid (Alméér Gezond) wordt tevens in aanloop op de evaluatie en in overleg met de partners, een voorstel gedaan om voor een deelgebied de klanttevredenheid te onderzoeken. Voor de bepaling van het onderwerp wordt gebruik gemaakt van de resultaten van het zorgzwaarteonderzoek. De evaluatie c.q. bijsturing wordt vastgesteld door het College voor zover de bijstellingen binnen de kaders van de voorliggende nota vallen.