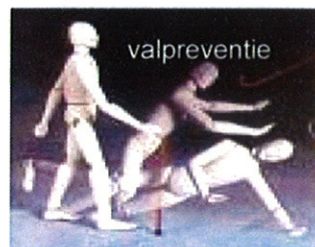
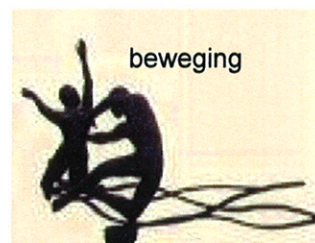


Nota Gezondheidsbeleid 2009-2012

In Beweging



Gemeente Bunnik, februari 2009

Deze nota is ontwikkeld door:

- Mevr. A. Mulder
Gemeente Bunnik, beleidsadviseur Samenlevingszaken
- Mevr. M. Peppelenbos
GGD Midden-Nederland, adviseur lokaal gezondheidsbeleid

Inhoudsopgave

VOORWOORD	4
SAMENVATTING	5
INLEIDING	6
1.1. ALGEMEEN	6
1.2. WETTELIJKE BASIS	6
1.3. LANDELIJK BELEID	6
1.4. MAATSCHAPPELIJKE TENDENSEN EN ONTWIKKELINGEN	7
1.5. VISIE OP GEZONDHEIDSBELEID	8
1.6. DOEL EN KARAKTER VAN DE NOTA	8
1.7. TOTSTANDKOMING VAN DE NOTA	9
1.8. LEESWIJZER	9
2. TERUGBLIK NOTA GEZONDHEIDSBELEID 2003-2006	10
3. HOE GEZOND ZIJN DE INWONERS VAN BUNNIK?	11
3.1. OVERGEWICHT	11
3.2. DEPRESSIE/PSYCHISCHE GEZONDHEID/EENZAAMHEID	12
3.3. ALCOHOLGEBRUIK	13
3.4. ROKEN	14
3.5. DIABETES	15
3.6. OVERIGE GEZONDHEIDSGERELATEERDE ONDERWERPEN	15
3.6.1. <i>Luchtkwaliteit</i>	15
3.6.2. <i>Mantelzorg</i>	16
3.6.3. <i>Vallen</i>	16
3.6.4. <i>Mobiliteit</i>	17
4. WAAR GAAN WE OP INZETTEN?	18
4.1. PRIORITEITEN IN BUNNIK	18
4.2. (ON)GEZOND GEWICHT	18
4.3. EENZAAMHEID EN MOBILITEIT	19
4.4. VALLEN	19
4.5. RISICO'S	19
4.6. VERVOLG VAN DEZE NOTA	20
5. FINANCIËN	21
5.1. STRUCTURELE FINANCIËLE MIDDELEN	21
5.2. AANVULLEND BUDGET 2009-2012	21
6. EVALUATIE VAN BELEID EN ACTIVITEIT	22
LITERATUURLIJST	23
BIJLAGEN	24

Voorwoord

Voor u ligt de nieuwe nota gezondheidsbeleid van de gemeente Bunnik. Deze nota geeft de kaders aan voor de invulling van het gezondheidsbeleid in de komende vier jaar. Het is niet de eerste keer dat we een nota gezondheidsbeleid uitbrengen, we borduren dan ook voort op de vorige nota die gold voor de periode 2003-2006. De jaren 2007 en 2008 stonden vooral in het teken van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en een verkenning van de raakvlakken tussen dit nieuwe beleidsterrein en het gezondheidsbeleid. Ondanks de vele raakvlakken kiezen we ervoor om, naast de Wmo-nota, toch een aparte gezondheidsnota uit te brengen, om daarmee het belang van het gezondheidsbeleid extra te onderstrepen.

Een algemene conclusie naar aanleiding van de vorige notaperiode is dat de aandacht voor de openbare gezondheidszorg in de afgelopen vier jaar is gegroeid. In de komende vier jaar willen we het gezondheidsbeleid verder versterken, onder andere door meer aandacht te besteden aan een integrale aanpak van de belangrijkste gezondheidsproblemen. Er liggen nog veel mogelijkheden voor het bevorderen van de volksgezondheid door beslissingen op andere beleidsterreinen. Een goede gezondheid is een zaak van ons allemaal! We moeten dan ook met elkaar zorgen voor een (nog) gezond(er) Bunnik. Met deze nota hopen we (weer) een stap in de goede richting te zetten.

Bij de totstandkoming van de nota gezondheidsbeleid zijn verschillende partijen betrokken geweest. Wij willen al deze mensen hartelijk danken voor hun inzet en hopen dat wij elkaar ook in de komende beleidsperiode goed zullen weten te vinden.

Samenvatting

Deze nota gezondheidsbeleid 2009-2012 is een vervolg op de nota die gold voor de periode 2003-2006. De nota geeft de kaders voor het gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar aan.

Belangrijkste gezondheids(gerelateerde) problemen

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verwacht van de gemeenten dat zij binnen hun gezondheidsbeleid vooral inzetten op het terugdringen van roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Het ministerie denkt dat op deze onderwerpen de grootste gezondheidswinst te behalen is. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat dit ook in Bunnik belangrijke gezondheidsproblemen zijn. Verder komt uit onderzoeken naar voren dat er problemen zijn met betrekking tot luchtkwaliteit, mantelzorg, vallen en mobiliteit.

Prioriteiten

Gemeente Bunnik vindt het belangrijk realistische doelen te stellen en besluit daarom niet op alle onderwerpen extra in te zetten. We benoemen voor het gezondheidsbeleid de volgende prioriteiten:

- **(On)gezond gewicht**, met het accent op het **stimuleren van beweging** bij volwassenen en senioren
- **Eenzaamheid**, met het accent op het **terugdringen van eenzaamheid** bij senioren, waarin ook hun **mobiliteit** wordt meegenomen
- **Vallen**, met het accent op het **terugdringen** van het aantal **valincidenten** bij senioren

De nadruk op de doelgroep volwassenen/senioren komt voort uit het feit dat Bunnik vergrijst. Daarnaast is onlangs de nota integraal jeugdbeleid 2009-2012 vastgesteld, waarbinnen voor de jeugd verschillende belangrijke onderwerpen worden opgepakt. De keuze voor bovengenoemde prioriteiten betekent overigens niet dat er op de andere onderwerpen geen enkele actie wordt ondernomen. Naast de uitwerking van deze nota gezondheidsbeleid worden de bestaande activiteiten op het brede volksgezondheidsterrein de komende jaren uiteraard voortgezet.

Vervolg van deze nota

Na vaststelling van de nota worden de verschillende prioriteiten uitgewerkt in een plan van aanpak. Gemeente Bunnik wil daarbij met zoveel mogelijk partijen samenwerken en het plan zo breed mogelijk vorm geven. In de nota wordt daartoe de eerste aanzet gegeven. De resultaten van de uitvoering van het gezondheidsbeleid zullen onder andere worden gemeten aan de hand van de gegevens uit volgende gezondheidsonderzoeken.

Financiën

De uitvoering van het beleid vraagt de komende vier jaar mogelijk extra financiële middelen. In de kadernota wordt jaarlijks aangegeven welke budgetten nodig zijn voor de uitvoering van het voorgestelde beleid. Per jaarschijf worden de prioriteiten in de kadernota en de begroting uitgewerkt. Hierbij wordt aangegeven hoeveel ambtelijke capaciteit en financiële middelen nodig zijn voor de uitwerking van een prioriteit.

Evaluatie

Om te meten of de doelen worden gehaald en of de geplande activiteiten worden uitgevoerd is de gemeente voornemens om in 2010 een tussenevaluatie uit te voeren. Eind 2012 volgt een eindevaluatie om de balans op te maken voor de volgende nota gezondheidsbeleid.

1. Inleiding

1.1. Algemeen

Goede gezondheid is een groot goed in de samenleving. In de eerste plaats voor de burgers zelf. Mensen kunnen zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig meedoen. Een lang en gezond leven, dat wenst ieder zichzelf en de ander vaak toe. Wie langer gezond leeft heeft ook minder maatschappelijke ondersteuning en intensieve zorg nodig. Investeren in een goede openbare gezondheidszorg is daarom van groot maatschappelijk belang en dus ook een zaak van de overheid. Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) (RIVM, 2006) is de Nederlander weer wat gezonder geworden. Een belangrijke maat voor de gezondheid in een land is de levensverwachting van de inwoners. Sinds 1950 is de levensverwachting voor mannen met 5,8 jaar gestegen tot 76,2 jaar en die van vrouwen met 8,3 jaar tot 80,9 jaar. De Nederlandse gezondheid is volgens de laatste VTV wel minder dan in de beste landen in Europa. Vooral onder vrouwen stijgt de levensverwachting in Nederland minder snel dan in de meeste andere landen van de Europese Unie (EU). Verder neemt in Nederland de levensverwachting van 80-plussers al sinds vele jaren nauwelijks meer toe in tegenstelling tot in de landen om ons heen. Er is dus ruimte voor verbetering.

Ook de gemeente Bunnik wil investeren in (het verbeteren van) de gezondheid van haar inwoners. In deze nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 2009-2012 leggen we de kaders vast voor wat we op het gebied van de openbare gezondheidszorg in de komende vier jaar willen gaan doen. Een nadere omschrijving van de openbare gezondheidszorg vindt u in bijlage 1.

1.2. Wettelijke basis

Ten opzichte van de vorige nota zijn er in de wettelijke basis van het gezondheidsbeleid enkele veranderingen opgetreden. Onveranderd zijn de Grondwet en de Gemeentewet, die de gemeenten nog steeds een morele plicht opleggen zich te bemoeien met de gezondheid van de bevolking. Ook de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) vormt nog altijd de belangrijkste bouwsteen voor het gezondheidsbeleid. De Wcpv onderscheidt drie hoofdtaken: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. In de Wcpv is vastgelegd dat voor de uitvoering van de Wcpv-taken de Colleges van Burgemeester en Wethouders zorg moeten dragen voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten. Hiervoor is in onze regio GGD Midden-Nederland opgericht.

Een relatief nieuwe wet voor gemeenten is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In de Wmo zijn verschillende wetten, waaronder de in de vorige nota genoemde Welzijnswet, samengevoegd. Het Wmo-beleidsterrein heeft veel raakvlakken met het gezondheidsbeleid en het is dan ook belangrijk om beide beleidsterreinen goed op elkaar af te stemmen.

Zie voor een verder uitwerking van de Wcpv, de Wmo, en de samenhang ertussen, bijlage 2.

Onlangs is door de Eerste Kamer een wetsvoorstel aangenomen om de Wcpv te vervangen door de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze nieuwe wet vervangt onder meer de Wcpv, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet en brengt een aantal wijzigingen rond de meldingsplicht en bestrijding van infectieziekten met zich mee. Ook is voor de jeugdgezondheidszorg een digitaliseringsplicht opgenomen en zijn ouderen als specifieke doelgroep aan de Wpg toegevoegd. Dit laatste betekent dat gemeenten, naast hun verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg, ook specifiek verantwoordelijk worden voor de uitvoering van gezondheidszorg aan ouderen. De Wpg zal vermoedelijk op 1 december 2008 in werking treden.

1.3. Landelijk beleid

Landelijke prioriteiten en visie

In de vorige nota gezondheidsbeleid werd aangekondigd dat de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van plan was om voor de collectieve preventie landelijke prioriteiten te formuleren. Vanuit dat voornemen is in oktober 2006 de (tweede) landelijke preventienota '*Kiezen voor gezond leven*' uitgekomen. Deze nota zet de lijnen uit voor het landelijke preventiebeleid in de periode 2007-2010. Het ministerie verwacht van de gemeenten dat ze in de lokale nota's gezondheidsbeleid uitvoering geven aan activiteiten die de landelijke prioriteiten ondersteunen. Zowel landelijk als lokaal zijn dit onderwerpen waarmee de meeste gezondheidswinst te behalen is. De landelijke prioriteiten zijn: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Het ministerie formuleerde de volgende doelen:

Roken	In 2010 is er nog 20% rokers (nu: 28%).
Schadelijk alcoholgebruik	Het gebruik van alcohol bij jongeren onder 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992. Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% nu naar 7,5% in 2010
Overgewicht	Het percentage volwassenen met overgewicht moet gelijk blijven (peiljaar 2005). Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).
Diabetes	Het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2015 met niet meer dan 15% stijgen. Daarbij heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties.
Depressie	Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ca. 4.000 personen bereikt van de 360.000 mensen met een 'eerste' depressie).

In vervolg op de preventienota publiceerde hetzelfde ministerie in september 2007 '*Gezond zijn, gezond blijven, een visie op gezondheid en preventie*'. Het stuk beschrijft de nieuwe strategieën die nodig zijn om de gezondheidsproblemen van de 21^e eeuw het hoofd te bieden. Naast een goede afstemming met de Wmo zijn dit een beter integraal gezondheidsbeleid, een goede relatie tussen de preventieve sector en de andere sectoren in de gezondheidszorg en versterking van de bestuurlijke context. Het huidige beleid en de uitvoering van taken zijn te vrijblijvend en versnipperd en leveren te weinig op. Het ministerie wil in de komende jaren dan ook met alle lokale partijen constructiever aan de slag om daadwerkelijk gezondheidswinst te behalen.

Beter integraal gezondheidsbeleid

Het is voor het verbeteren van de gezondheid van de burgers van belang dat er ook buiten het veld van de volksgezondheid bewuste beleidsacties worden genomen. Bijvoorbeeld op aanpalende terreinen als jeugdbeleid, sport, ruimtelijke ordening, milieu, werk en inkomen, welzijn, sociaal beleid, openbare orde en veiligheid en onderwijs. De volksgezondheidsproblemen worden steeds complexer en hangen met steeds meer verschillende actoren samen. Dit vraagt om ander beleid, dat beter is afgestemd op de eisen die deze complexe problemen met zich meebrengen. De problemen kunnen ook alleen dan effectief worden aangepakt wanneer alle bij het probleem betrokken partijen hier een rol in krijgen. Dit kunnen de gemeenten zijn, maar ook scholen, werkgevers, de zorgsector en anderen. Voor het bereiken van de doelen is het nodig dat alle beleidsterreinen van de samenleving zich bij het verbeteren van de volksgezondheid betrokken voelen.

Afstemming collectieve preventie en eerstelijns gezondheidszorg

In de vorige nota staat expliciet genoemd dat de collectieve preventie geen betrekking heeft op de eerstelijns gezondheidszorg en dat de verantwoordelijkheid voor deze eerstelijns gezondheidszorg niet bij de gemeenten ligt, maar bij het rijk en de zorgverzekeraars. Dit laatste is nog steeds het geval. De landelijke overheid stimuleert echter in toenemende mate dat preventie een integraal onderdeel uitmaakt van het zorgaanbod, met daarbij aandacht voor leefstijl, gezonde leefomgeving, chronisch zieken en sociaal economische en etnische gezondheidsverschillen. Gesteld wordt dat onder andere huisartsen, door het inzetten van preventieve maatregelen, veel meer voor de gezondheid van de burger zou kunnen betekenen dan nu het geval is. Dit vraagt een steeds nauwere samenwerking tussen de eerstelijnszorg en gemeenten en GGD'en. Meer hierover kunt u onder andere vinden in de nota '*Volksgezondheid en Preventie. De visie van de KNMG*' (KNMG, 2007).

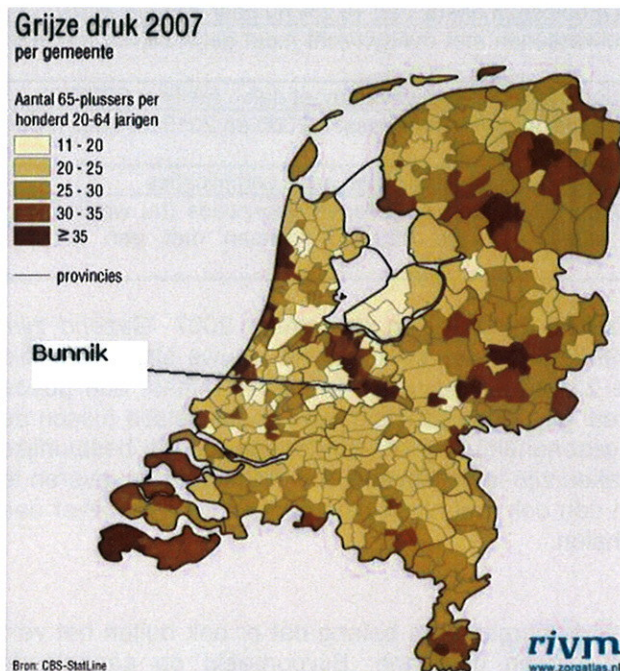
Versterking bestuurlijke context

Gezien de vele raakvlakken tussen het gezondheidsbeleid en de andere gemeentelijke beleidsterreinen, is het van belang het beleid in samenhang te ontwikkelen. Hier wordt door de gemeente Bunnik dan ook in toenemende mate op ingezet. Een voorbeeld hiervan is het project 'Wonen, welzijn en zorg', dat in 2009 van start gaat.

1.4. Maatschappelijke tendensen en ontwikkelingen

Het kader voor gezondheidsbeleid wordt, naast verschillende wetten en het landelijk beleid, ook gevormd door allerlei maatschappelijke tendensen en ontwikkelingen. Zo neemt het aantal ouderen toe, stijgt het aantal chronisch zieken en wordt in toenemende mate gestimuleerd dat kwetsbare groepen steeds meer een volwaardige plaats innemen in de maatschappij.

Ter illustratie onderstaande figuur van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), waarop de vergrijzing per gemeente zichtbaar is gemaakt (jaar 2007). De geïllustreerde 'grijze druk' geeft de verhouding aan tussen het aantal 65-plussers en het aantal personen in de zogenaamde 'productieve leeftijdsgroep' van 20-64 jaar. De grijze druk is in Nederland gemiddeld 25%. In Bunnik is dit percentage hoger, namelijk 31,1%.



Figuur 1: Grijze druk Bunnik

Zie voor een verdere uitwerking van deze en andere ontwikkelingen bijlage 3.

1.5. Visie op gezondheidsbeleid

De visie op gezondheid van de Gemeente Bunnik is afgeleid van het Model van Lalonde, waarin vier determinanten van gezondheid worden onderscheiden: de (fysieke en sociale) omgeving, leefstijl, gezondheidszorg en biologische factoren. De visie luidt als volgt:

De gezondheid van de inwoners kan worden verbeterd door:

- het positief beïnvloeden van gezondheid en gezondheidsbeleving;
- het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- het werken aan een gezondere sociale en fysieke omgeving;
- het verbeteren van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

Om gezondheidsverschillen te verkleinen is relatief meer aandacht nodig voor (groepen) inwoners die nu onder het gemiddelde scoren. Uitgaande van dit model worden voor het gezondheidsbeleid in deze nota een aantal doelen geformuleerd.

1.6. Doel en karakter van de nota

Deze nota geeft de kaders aan voor de invulling van het gezondheidsbeleid in de komende vier jaar. Centraal doel bij de uitwerking van de nota is het verbeteren van de volksgezondheid in Bunnik¹ en het verkleinen van gezondheidsverschillen binnen de bevolking. Dit sluit aan bij de doelstelling van het Wmo-beleidsplan 2008-2011: *Het bewerkstelligen van een gezonde, sociale en leefbare gemeente waarin het goed toeven is, ook voor kwetsbare groepen*. Om dit centrale doel te bereiken is het wenselijk dat:

- Alle relevante (beleids)sectoren (jeugdbeleid, sport, ruimtelijke ordening, openbare ruimte, milieu, werk en inkomen, sociaal beleid, openbare orde en veiligheid en onderwijs) bij het bevorderen van gezondheid worden betrokken (het beleid moet integraal zijn);
- Het beleid breed georiënteerd is: zowel lichamelijke, psychische als sociale aspecten moeten worden belicht;
- Samenwerking en afstemming tussen alle relevante partijen wordt bevorderd, zowel tussen instellingen en organisaties op het gebied van preventie onderling als tussen preventie en de eerstelijnszorg (optimaliseren ketenzorg);

¹ Of, in geval van ziekte, de ziekte draaglijk en leefbaar maken en houden.

De gemeente heeft bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid de regie in handen.

Bij de uitwerking van de nota formuleren we de doelen zoveel mogelijk 'SMART' (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden). We toetsen regelmatig of de genomen maatregelen effect hebben en indien nodig stellen we het beleid bij. Bij de toetsing spelen monitoring en overige epidemiologische informatie een grote rol.

1.7. Totstandkoming van de nota

Deze nota is tot stand gekomen met medewerking van belangrijke partijen. Zo heeft op 16 september 2008 een overleg plaats gevonden met alle ambtenaren die een breed scala aan gemeentelijke beleidsterreinen vertegenwoordigen, om zo vast een eerste inventarisatie te maken van de mogelijkheden voor een integrale aanpak van de prioriteiten in deze nota. Vertegenwoordigd waren: volksgezondheid, volkshuisvesting, wonen-welzijn-zorg, jeugd en onderwijs, Wmo, kunst en cultuur, openbare orde en veiligheid en openbare ruimte. Op 1 oktober 2008 is er een overleg geweest met het Wmo-Beraad. Ook daar zijn ideeën naar voren gebracht en is bekeken waar prioriteiten zouden moeten liggen. De mogelijke inbreng van de eerstelijns zorgverleners en de welzijnsorganisaties bij de uitwerking van deze nota is belicht op 7 oktober 2008, tijdens de vergadering van het Sociaal Uur.

1.8. Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk geeft een terugblik op de vorige nota, die gold voor de periode 2003-2006. Hoofdstuk 3 geeft vervolgens weer hoe het met de gezondheid van de inwoners van Bunnik is gesteld en laat de belangrijkste gezondheidsproblemen zien. Van daaruit worden in hoofdstuk 4 prioriteiten gesteld en wordt aangegeven wat we de komende vier jaar op de verschillende onderwerpen willen bereiken. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van de financiële middelen en hoofdstuk 6 gaat tenslotte in op de evaluatie van deze nota en de activiteiten die daaruit voort zullen komen. De nota eindigt met een aantal bijlagen.

2. Terugblik nota gezondheidsbeleid 2003-2006

De stand van zaken rond de uitvoering van de vorige nota 2003-2006 is één van de vertrekpunten voor het beleid van de komende jaren. Uit een landelijke evaluatie blijkt dat de inhoud van de eerste nota's gezondheidsbeleid in veel gevallen zeer ambitieus was en dat veel gemeenten er niet in zijn geslaagd om al hun ambities na te streven en alle doelstellingen te behalen. Voor de komende vier jaar willen we dit punt zeker in ons achterhoofd houden. Dit hoofdstuk (2) wordt vormgegeven aan de hand van het geformuleerde actieprogramma in hoofdstuk 6 van de vorige nota gezondheidsbeleid. We gaan hier vooral in op de belangrijkste intenties van toen.

Rookgedrag jeugd

In de afgelopen jaren is zowel vanuit de centrale als de lokale overheid aandacht besteed aan o.a. het terugdringen van het roken door jongeren. Stichting Jeugdwerk Bunnik (SJB) verzorgt sinds een aantal jaren voorlichtingstrajecten voor groepen acht van het basisonderwijs op het gebied van alcohol, roken en drugs. De SJB geeft ook voorlichting aan oudere jongeren die het jongerencentrum bezoeken.

Overzicht sportactiviteiten

Sport is belangrijk als vrije tijdsbesteding. Sport dient sociale doelen en bevordert de samenhang en sociale cohesie binnen de gemeente. Een derde belangrijke functie van sport is dat het de geestelijke en lichamelijke gezondheid bevordert. Gezien dit alles heeft het sportbeleid de afgelopen jaren in Bunnik veel aandacht gehad. De nota 'Beter op eigen Benen' 2005-2009 heeft er onder andere toe bijgedragen dat de gemeente Bunnik medio 2007 het beheer en de exploitatie van sportaccommodaties heeft belegd bij de Stichting Sporthuis Bunnik. Met als doel: meer en betere mogelijkheden om in Bunnik, Odijk en Werkhoven te sporten en te recreëren. Het Sporthuis wordt geacht beter in staat te zijn voordeel te behalen uit het beheer van alle complexen en het huidige Multifunctionele Dorpshuis in Odijk.

In het kader van het project 'Stimulering Breedtesport' heeft Bunnik van het ministerie van VWS middelen toegekend gekregen die zijn en worden ingezet op tal van projecten en initiatieven, m.n. gericht op specifieke doelgroepen (jeugd; ouderen; vrijwilligers). Deze projecten lopen uiteen van kennismakingsprogramma's voor de schooljeugd en deskundigheidsbevordering van sportvrijwilligers tot een onderzoek naar sporten en bewegen onder 50 plussers en het naar aanleiding daarvan opstellen van een lokaal actieplan 'Bewegen 50 plus'. Bij de uitvoering van het beleid rond breedtesportsubsidies is een belangrijke rol weggelegd voor het Sportplatform. Het Sportplatform is de belangenbehartiger van de sportverenigingen.

GGD wettelijke basistaken en psychosociale problematiek

In de afgelopen beleidsperiode heeft GGD Midden-Nederland zich ontwikkeld tot een sterke samenwerkingspartner. Er is een de grotere lokale betrokkenheid van de GGD, zowel wat betreft het basistakenpakket als het keuzetakenpakket. Zo zijn er vaste adviseurs lokaal gezondheidsbeleid voor de verschillende gemeenten aangesteld, en houdt de directie jaarlijks een bezoekenrondte onder de verschillende gemeenten.

De GGD Midden-Nederland geeft sinds een aantal jaren per gemeente de zogenaamde 'Gezonde Gids' uit, waarin de producten van de GGD worden opgesomd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen wettelijke basistaken en keuzetaken. Om de gemeenten te laten weten wat de GGD in het voorgaande jaar aan activiteiten heeft ondernomen, wordt, aansluitend op de Gezonde Gids, jaarlijks een 'Verantwoording' aan de gemeenten voorgelegd. De meest actuele versies van beide stukken zijn te vinden op de website van de GGD: www.ggdmn.nl

3. Hoe gezond zijn de inwoners van Bunnik?

Om een beeld te krijgen van waaraan we bij de aanpak van gezondheidsproblemen prioriteit moeten geven, zijn verschillende onderzoeken voorhanden die inzicht geven in de gezondheidssituatie van de bevolking (zie voor een overzicht bijlage 4). In dit hoofdstuk wordt het gezondheidsbeeld voor de jeugd, volwassenen en senioren geschetst, aan de hand van de speerpunten uit de eerder genoemde landelijke preventienota (Ministerie van VWS, 2006). Het ministerie verwacht immers van de gemeenten dat zij op deze onderwerpen actie ondernemen. Ook komt een aantal andere gezondheidsgelateerde onderwerpen aan bod. Per onderwerp komt aan de orde waarom het een probleem is, wat de omvang ervan is, wat we uit de beschikbare cijfers kunnen concluderen en welke consequenties we zien voor het beleid.

3.1. Overgewicht

Waarom een probleem?

Overgewicht en in het bijzonder obesitas (ernstig overgewicht)² dragen bij aan chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus type 2 (in de volksmond 'suikerziekte' genoemd), hart- en vaatziekten, aandoeningen van de galblaas, aandoeningen van het bewegingsapparaat en verschillende vormen van kanker (website Kenniscentrum Overgewicht). Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven. De hoofdoorzaak van overgewicht is in de meeste gevallen het uit balans zijn van de energie inname via de voeding en het energieverbruik door lichamelijke activiteit, ofwel te veel eten en te weinig bewegen. Ook ongezonde voedingsgewoonten zoals het overslaan van het ontbijt en het eten van (te) energierijke tussendoortjes hebben invloed op het ontstaan van overgewicht.

Omvang van het probleem

Uit landelijke cijfers blijkt dat het percentage jeugdigen met overgewicht de afgelopen jaren sterk is toegenomen. Ook bij volwassenen en senioren is er nog steeds sprake van een stijging van het percentage mensen met overgewicht. Overgewicht komt meer bij mannen dan vrouwen voor en relatief vaak bij mensen met een lagere sociaal economische achtergrond.

Overgewicht	Jeugd
	Het percentage kinderen met overgewicht in Bunnik is 17% en 14% in groep 2 en 6 van het basisonderwijs (BO) (regio resp. 13% en 17%). Voor klas 2 van het Voortgezet Onderwijs (VO) is dat 14% (regio 15%). In groep 6 van de basisschool slaat geen van de kinderen het ontbijt over. 11% van de VO-leerlingen ontbijt niet dagelijks (regio 15%). In groep 2 en 6 kijkt resp. 3% en 6% van de kinderen twee uur of meer per dag televisie (regio resp. 6% en 10%). Van de VO-leerlingen kijkt 22% twee uur of meer per dag televisie (regio 30%). In groep 2 en 6 computert resp. 14% en 14% 1 uur of meer per dag (regio resp. 10% en 25%). Van de VO-leerlingen computert 22% twee uur of meer per dag (regio 35%). In groep 6, 7 en 8 is 10% van de leerlingen en in klas 2 van het VO 19% van de leerlingen geen lid van een sportclub (regio resp. 16% en 24%). In groep 2 en 6 speelt resp. 30% en 51% tenminste een uur per dag buiten (regio resp. 55% en 52%).
	Volwassenen
	40% van de volwassenen heeft overgewicht. 69% eet niet voldoende groenten en fruit (2 ons groenten en 2 stuks fruit per dag). 19% van de volwassenen slaat 's ochtends het ontbijt over (regio 25%). 65% van de volwassenen beweegt te weinig.
	Senioren
	45% van de 65-74 jarigen heeft overgewicht. 33% van de 75-plussers heeft overgewicht. 11% van de 65-74 jarigen en 10% van de 75-plussers heeft obesitas (regio resp. 15% en 13%). 28% van de 65-74 jarigen en 44% van de 75-plussers voldoet niet aan de beweegnorm (regio resp. 30% en 48%).

² De zogenaamde 'Body Mass Index' (BMI) is een veelgebruikte manier om iemands lichaamsgewicht te classificeren. De BMI geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht en wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door de lengte in meters in het kwadraat (kg/m²). Aan de uitkomst hiervan worden de volgende waarden toegekend: BMI lager dan 18,5: ondergewicht, BMI tussen 18,5 en 24,9: normaal gewicht, BMI tussen 25 en 29,9: overgewicht, BMI 30 en hoger: obesitas.

Conclusie

Het percentage kinderen met overgewicht is in Bunnik overeenkomstig het regionale gemiddelde. Wat betreft hun eetgedrag valt op dat het percentage kinderen dat niet ontbijt toeneemt naarmate de kinderen ouder worden. Wat betreft het beweeggedrag is opvallend dat de kinderen in Bunnik minder vaak televisie kijken vergeleken met de kinderen in de regio en dat kinderen van groep 2 vaker computeren. De sportparticipatie van de kinderen in Bunnik is wat hoger vergeleken met de regio; het percentage kinderen dat tenminste een uur per dag buiten speelt is daarentegen lager.

Het percentage volwassenen en senioren met overgewicht komt in Bunnik overeen met het regionaal gemiddelde, desalniettemin is dit percentage hoog. Het percentage volwassenen dat dagelijks groenten eet ligt hoger vergeleken met de regio. Het percentage volwassenen en senioren dat onvoldoende beweegt is overeenkomstig het regionale gemiddelde³.

Consequenties voor beleid

We vinden het belangrijk om de komende jaren extra in te zetten op het terugdringen van overgewicht, mede gezien de relatie ervan met het ontstaan van verschillende chronische ziekten (o.a. diabetes mellitus type 2 en hart- en vaatziekten), psychosociale problemen en het relatief grote verlies aan kwaliteit van leven dat er mee gepaard gaat.

NB: In plaats van de nadruk op overgewicht kiezen we er bij de uitwerking van de nota voor te spreken over '(on)gezond gewicht', omdat hierin ook het aspect ondergewicht is besloten. Naast overgewicht komt ook ondergewicht voor, onder andere bij de jeugd en bij senioren. Door te spreken over (on)gezond gewicht wordt ook deze groep in de aanpak meegenomen.

Voor het bereiken van een gezond gewicht willen we het accent leggen op het stimuleren van beweging, omdat we hierin de meeste kansen zien voor succes. Omdat uit de cijfers blijkt dat met name volwassenen en senioren onvoldoende bewegen, zullen we ons vooral op deze doelgroepen richten.

3.2. Depressie/psychische gezondheid/eenzaamheid

In de landelijke preventienota wordt uitsluitend gesproken over depressie. Het onderwerp wordt hier echter breder opgevat. Voor de jeugd zijn cijfers beschikbaar over psychosociale problematiek. Voor volwassenen en senioren cijfers over depressieve klachten, angststoornissen en eenzaamheid.

Waarom een probleem?

Psychosociale problemen kunnen zich uiten in emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten. Depressie gaat vaak gepaard met slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, problemen met concentratie, piekeren over de dood en zelfdoding. Depressie komt vaak voor in combinatie met angststoornissen en hoog alcoholgebruik. Eenzaamheid wordt omschreven als het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Het kan zijn dat het aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst. Het kan ook zijn dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen. Depressieve klachten, angststoornissen en eenzaamheid komen vaak in samenhang met elkaar voor en zijn voor veel mensen een enorme aanslag op hun dagelijks (sociaal) functioneren. Deze psychische aandoeningen staan, samen met coronaire hartziekten, beroertes en artrose in de top 5 van ziekten die tot het grootste verlies in kwaliteit van leven leiden.

Omvang van het probleem

Landelijk neemt het aantal mensen met depressies, angststoornissen en gevoelens van eenzaamheid toe⁴. In Bunnik zien we het volgende beeld:

Depressie/psychische gezondheid	Jeugd
	7% van de kleuters heeft een indicatie voor psychosociale problematiek (regio 11%). Dit zijn kinderen waarbij de ouders over meer dan 3 onderwerpen zorgen hebben en de arts over minstens 1 onderwerp. In groep 6 is bij 10% van de kinderen sprake van een indicatie voor psychosociale

³ Onderzoek in het voorjaar 2008 vanuit 'Bewegen 50-plus' onder 1.600 50-plussers in Bunnik, laat zien dat in de leeftijdscategorie van 55 t/m 64 jaar 47 % voldoet aan de landelijke beweegnorm. Dit lijkt in tegenspraak met de uitkomsten van het volwassenenonderzoek 2004 van de GGD. We hebben hier echter twee verschillende onderzoeken, uitgevoerd in verschillende jaren, met verschillende onderzoeksmethoden en verschillende grootten in de onderzoeksgroep. Dat maakt het moeilijk om de resultaten te vergelijken. In 2009 verwacht de GGD weer een volwassenenonderzoek uit te gaan voeren. Daarvan zijn de cijfers met die van 2004 wel te vergelijken.

⁴ Mogelijk kan deze stijging voor een deel worden verklaard door een verbeterde signalering in de huisartsenpraktijk.

	problematiek (regio 8%).
	Bij 7% van de jongens en 16% van de meisjes van het VO is er een indicatie voor psychosociale problematiek (regio resp. 12% en 14%).
	Volwassenen
	13% van de volwassenen heeft depressieve klachten en 8% heeft angststoornissen (regio resp. 16% en 12%).
	Senioren
	8% van de 65-74 jarigen en 17% van de 75-plussers heeft depressieve klachten (regio resp. 16% en 19%).
	6% van de 65-74 jarigen en 8% van de 75-plussers heeft angstklachten (regio resp. 9% en 10%).
	38% voelt zich eenzaam (regio 42%). 33% voelt zich matig eenzaam en 5% (zeer) ernstig eenzaam. De resultaten van de huisbezoeken door Stichting Welzijn Ouderen schetsen een soortgelijk beeld.
	Met name oudere ouderen en alleenstaanden hebben last van ernstige eenzaamheidsgevoelens. Dit zijn ook de mensen die slaapproblemen hebben.
	31% maakt zich over tenminste één probleem zeer veel zorgen (regio 35%).
	19% van de ouderen gebruikt slaap- of kalmeringstabletten (regio 25%), waarvan 30% 5 of meer keer in de week en 80% langer dan 3 maanden (regio 80%).

Conclusie

Het percentage kinderen in Bunnik met een indicatie voor psychosociale problematiek komt overeen met het regionaal gemiddelde. Zowel bij volwassenen als bij senioren komen depressieve klachten en angststoornissen voor. Het percentage ouderen met eenzaamheidsgevoelens is hoog. Het ouder-zijn op zich is niet de oorzaak van eenzaamheid; ouderen hebben een grotere kans op eenzaamheid door opeenstapeling van verschillende gebeurtenissen in hun leven. Te denken valt aan de verwerking van het verlies van een dierbare, gezondheidsproblemen en vergeetachtigheid. De oudere ouderen en alleenstaanden met eenzaamheidsgevoelens zijn ook de mensen die slaapproblemen hebben en veelvuldig medicatie slikken. Onder 75-plussers komen depressieve klachten en angstklachten, in vergelijking met de regio, even vaak voor.

Consequenties voor beleid

Gezien de relatie tussen eenzaamheid, depressieve klachten en angststoornissen en het feit dat eenzaamheid voor veel mensen een enorme aanslag op hun dagelijks (sociaal) functioneren is, willen we hier in de komende jaren extra aandacht aan besteden. Vanwege de 'grijze druk' (zie paragraaf 1.4) in Bunnik leggen we in het gezondheidsbeleid de nadruk op de doelgroep ouderen. De aanpak van psychische problematiek onder jeugdigen wordt uitgewerkt in de nota integraal jeugdbeleid 2009-2012, die begin 2009 door de gemeenteraad zal worden vastgesteld.

3.3. Alcoholgebruik

Waarom een probleem?

Hoewel het gebruik van alcohol breed geaccepteerd is, zijn de risico's bij misbruik ervan groot. Op de lange termijn zien we de gevolgen van alcoholmisbruik terug in bijvoorbeeld levercirrose en alcoholpsychosen, op de korte termijn effecten als dronkenschap en ongevallen. Er zijn extra risico's voor jongeren, omdat het lichaam van jongeren onder de 16 jaar nog niet volgroeid is. Hersenonderzoek laat zien dat alcoholgebruik op jonge leeftijd van invloed kan zijn op de hersenfuncties, op korte én lange termijn. Zo kan het consequenties hebben voor het leervermogen van kinderen. Alcoholmisbruik gaat vaak gepaard met agressiviteit en andere vormen van geweld.

Omvang van het probleem

Uit landelijk onderzoek blijkt dat de groep probleemdrinkers het grootst is onder 16-24 jarigen. Nederlandse scholieren staan in de top drie van landen met het hoogste percentage 'binge' drinkers⁵. In de landelijke preventienota is dan ook gekozen voor specifieke aandacht voor de jeugd, maar het GGD seniorenonderzoek (2006) laat ook alcoholproblematiek bij ouderen zien.

Alcoholgebruik	Jeugd
	43% van de VO-leerlingen heeft in de afgelopen vier weken tenminste 1 keer alcohol gedronken (regio 42%).
	28% van de jongeren heeft in de afgelopen vier weken aan 'binge-dinken' gedaan (regio 28%).
	Volwassenen

⁵ Tenminste vijf glazen alcohol per gelegenheid.

	14% van de volwassenen drinkt overmatig ⁶ alcohol (regio 11%).
	8% van de volwassenen doet aan binge-drinken (vooral mannen (16%)).
	Senioren
	13% van de 65-74 jarigen en 9% van de 75-plussers drinkt overmatig (regio resp. 13% en 7%).
	10% van de 65-74 jarigen en 5% van de 75-plussers doet aan binge-drinken (regio resp. 7% en 4%).

Conclusie

Het aantal jongeren op het voortgezet onderwijs dat in de 4 weken voorafgaande aan het onderzoek alcohol heeft gedronken is overeenkomstig het regionaal gemiddelde. Dit geldt ook voor het percentage binge-drinkers onder jongeren. Opvallend is dat een groot deel van de jongeren al onder de 16 jaar alcohol heeft gedronken.

Het overmatig alcoholgebruik bij volwassenen en senioren komt overeen met het regionale cijfer. 65-74 jarigen doen vaker aan binge-drinken vergeleken met het regionaal gemiddelde. Mannen drinken vaker overmatig en binge-drinken vaker dan vrouwen.

Consequenties voor beleid

Vanwege de gevolgen van alcoholgebruik, met name voor de jeugd, vinden we het van essentieel belang om hier in de komende jaren stevig op in te zetten. De aanpak van alcoholgebruik bij jongeren wordt verder uitgewerkt in de nota integraal jeugdbeleid 2009-2012, die begin 2009 door de gemeenteraad zal worden vastgesteld.

3.4. Roken*Waarom een probleem?*

Roken is nog altijd één van de belangrijkste doodsoorzaken van de Nederlandse bevolking. In 2003 was roken in Nederland verantwoordelijk voor meer dan 20.000 sterfgevallen. Bij mensen boven de twintig jaar kan ongeveer de helft van de totale sterfte aan longkanker, chronische longziekten, coronaire hartziekten en beroerte aan roken worden toegeschreven.

Omvang van het probleem

Uit landelijk onderzoek blijkt dat in alle leeftijdsgroepen het percentage rokers daalt, al is de daling bij jeugdigen wat minder sterk. Met name onder de groep met een lagere sociaal economische status wordt relatief veel gerookt.

Roken	Jeugd
	14% van de VO-leerlingen rookt (regio 15%).
	Kinderen worden in het gezin in toenemende mate aan rook blootgesteld.
	Volwassenen
	18% van de volwassenen rookt, vooral mannen (regio 23%).
	Ruim de helft van de volwassenen wil binnen een maand tot een half jaar stoppen met roken.
	Senioren
	12% van de 65-74 jarigen en 13% van de 75-plussers rookt (regio resp. 15% en 11%). Mannen roken vaker dan vrouwen.

Conclusie

Het aantal rokers is de laatste jaren gedaald, maar met name bij jongeren is roken nog altijd een gezondheidsprobleem. Het percentage volwassenen in de gemeente Bunnik dat rookt is wat lager vergeleken met het regionaal gemiddelde. De helft van de volwassenen wil binnen een maand en een half jaar stoppen met roken. Het percentage scholieren en senioren dat rookt komt overeen met de regionale cijfers.

Consequenties voor beleid

Er wordt landelijk stevig ingezet op het (verder) terugdringen van het aantal rokers. Ook lokaal wordt er vanuit het jeugdbeleid voorlichting over roken gegeven in de groepen acht van de basisscholen in de gemeente. Een belangrijke ontwikkeling is daarnaast het in juli 2008 ingevoerde rookverbod in de horeca, naar aanleiding waarvan veel mensen hebben aangegeven met roken te willen stoppen. Omdat de verwachting is dat het percentage rokers hierdoor (verder) zal afnemen, kiezen we ervoor om gedurende deze notaperiode niet het accent op dit onderwerp te leggen en de gevolgen van de landelijke inspanningen af te wachten.

⁶ Mannen: gemiddeld meer dan 21 glazen alcohol per week. Vrouwen: gemiddeld meer dan 14 glazen alcohol per week.

3.5. Diabetes

Waarom een probleem?

Bij diabetes type 2 zijn de lichaamscellen minder gevoelig voor insuline en/of er wordt te weinig insuline aangemaakt. Hierdoor stijgt de glucosewaarde in het bloed en ontvangen de lichaamscellen te weinig brandstof. Dit veroorzaakt klachten als vaak moeten plassen, dorst, vermoeidheid en gewichtverlies. Het ontstaan van diabetes mellitus type 2 hangt sterk samen met de leefstijl. Diabetes komt relatief veel voor bij allochtonen, inactieve personen en rokers. Het bevorderen van een gezonde leefstijl is een bewezen methode om diabetes mellitus type 2 te voorkomen.

Omvang van het probleem

In Nederland hebben ongeveer 850.000 mensen diabetes. Van deze groep weten 250.000 mensen nog niet dat ze diabetes hebben. Maar liefst 1 op de 3 Nederlanders loopt risico om binnen een paar jaar diabetes te krijgen. Er komen steeds meer mensen met diabetes. Deze stijging is voor een deel toe te schrijven aan de toename van overgewicht. Ook een verbeterde signalering en registratie speelt een rol.

Diabetes	Volwassenen
	1,6% van de volwassenen heeft diabetes mellitus type II (landelijk 1,2%).
	Senioren
	Van de 65-74 jarigen heeft 11% diabetes mellitus type II en van de 75-plussers 15% (regio resp. 12% en 13%).

Conclusie

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

Consequenties voor beleid

Gedurende de uitvoering van deze nota besteden we extra aandacht aan het stimuleren van beweging bij volwassenen en senioren. We verwachten dat deze inzet ook een positieve bijdrage levert aan het terugdringen van het ontstaan van diabetes mellitus type 2. We kiezen er daarom voor nu niet specifiek op dit onderwerp in te zetten.

3.6. Overige gezondheidsgerelateerde onderwerpen

3.6.1. Luchtkwaliteit

Waarom een probleem?

De omgeving waarin mensen leven heeft invloed op de gezondheidstoestand, zo ook de kwaliteit van de buitenlucht.

Omvang van het probleem

Op basis van de luchtkwaliteitsrapportage 2006 van Milieudienst Zuidoost heeft GGD Midden-Nederland eerder dit jaar geconcludeerd dat er in Bunnik met betrekking tot de luchtkwaliteit enkele ernstige knelpunten zijn en dat dit in veel gevallen wordt veroorzaakt door de hoeveelheid verkeer (Notitie Luchtkwaliteit en gezondheid in Bunnik, maart 2008). Er is sprake van een hoge mate van verkeersgerelateerde uitstoot, vanwege de doorkruising met de Rijksweg A12 en de provinciale wegen N229 en N411 (de Provinciale weg en de Schoudermantel). Daarnaast zijn er twee drukke gemeentelijke wegen, de Koningin Julianalaan en de Stationsweg. Langs alle genoemde wegen vinden overschrijdingen plaats van de grenswaarden voor NO₂ (stikstofdioxide) en PM₁₀ (fijn stof).

Conclusie

Of de luchtkwaliteit op een bepaalde plek slecht is hangt niet alleen af van de totale hoeveelheid verkeer, maar ook van bijvoorbeeld de hoeveelheid vrachtwagens, de doorstroming en de breedte van de weg. Bunnik heeft te maken met veel sluipverkeer vanuit oost Utrecht en Zeist richting de A12. Verder trekken de bedrijventerreinen aan de zuidkant van Bunnik vrachtverkeer aan. Al dit verkeer maakt dat de gezondheidsrisico's voor de inwoners van Bunnik aanzienlijk zijn.

Consequenties voor beleid

Op basis van bovengenoemde conclusies wordt op dit moment bekeken welke maatregelen Bunnik kan nemen om de verkeersdruk te beperken. Het onderwerp luchtkwaliteit wordt in Bunnik binnen

andere beleidsterreinen dan volkgezondheid opgepakt en wordt in deze nota daarom niet verder uitgewerkt.

3.6.2. Mantelzorg

Dankzij mantelzorg kunnen mensen langer zelfstandig thuis blijven wonen. In meer dan de helft van de gevallen duurt de zorg voor zieke familieleden of vrienden langer dan drie maanden, vaak is het zelfs een periode van jaren.

Waarom een probleem?

Het geven van mantelzorg kan voor de betrokkenen een zware belasting zijn. De belasting voor de betrokkenen neemt toe wanneer de zorg gegeven wordt aan de partner of kinderen of wanneer hij/zij mantelzorg geeft vanwege geestelijke achteruitgang of psychische problemen.

Omvang van het probleem

Mantelzorg	Jeugd
	5% van de jongeren geeft mantelzorg vanwege een ouder met een psychische of lichamelijke ziekte of verslavingsproblemen.
	Volwassenen
	19% van de volwassenen geeft mantelzorg en 2% ontvangt mantelzorg (regio resp. 15% en 2,4%).
	Senioren
	8% ontvangt mantelzorg en 15% geeft mantelzorg (regio resp. 10% en 10%). 19% van de 65-plussers die mantelzorg geeft, voelt zich hierdoor overbelast.

Conclusie

Er zijn in Bunnik relatief veel mensen die mantelzorg geven. Veel mensen voelen zich hierdoor overbelast.

Consequenties voor beleid

We vinden het belangrijk om de mantelzorgers te ondersteunen. In augustus 2007 is daartoe een nota mantelzorg vastgesteld. Vanuit deze nota wordt op dit moment onder andere, in samenwerking met Indigo, de advies- en voorlichtingsfunctie van het Steunpunt Mantelzorg ondersteund en, waar mogelijk, versterkt. Verder wordt gewerkt aan het bevorderen van samenwerking tussen het Steunpunt Mantelzorg (van het Platform Ouderen Bunnik (POB)) en het Wmo-loket. Het POB heeft in 2007 extra ruimte gekregen om de mantelzorgondersteuning uit te breiden. Vanwege het reeds ingezette beleid wordt dit onderwerp hier niet als prioriteit benoemd.

3.6.3. Vallen

Waarom een probleem?

Valincidenten hebben voor ouderen vaak grote (emotionele) gevolgen. Revalidatie kost veel energie en veel ouderen zijn na een doorgemaakte val met ernstige gevolgen bang om opnieuw te vallen. Hierdoor nemen de mobiliteit, het gevoel van eigenwaarde en de zelfredzaamheid af.

Omvang van het probleem

Valincidenten	Senioren
	18% van de zelfstandig wonende 65-plussers is in de afgelopen 3 maanden tenminste eenmaal gevallen.
	53% van deze ouderen heeft als gevolg van de val lichamelijk letsel opgelopen.
	Uit de resultaten van de huisbezoeken door Stichting Welzijn Ouderen blijkt dat 43% van de oudere ouderen (75-plussers) het afgelopen jaar tenminste eenmaal is gevallen. Als gevolg van de val heeft 18% een lichamelijk letsel opgelopen.

Conclusie

Valincidenten komen vaak voor, met name bij oudere ouderen. Uit onderzoek blijkt dat valincidenten vaak samenhangen met het (veelvuldig) gebruiken van slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook gaan valincidenten in veel gevallen gepaard met (ernstig) lichamelijk letsel en blijvende negatieve gevolgen voor de mobiliteit.

Consequenties voor beleid

Gezien de samenhang tussen valincidenten, immobiliteit en onder andere het ontstaan van depressieve klachten en gevoelens van eenzaamheid, willen we in de komende jaren extra op dit onderwerp inzetten. Ook gezien de eerder genoemde 'grijze druk' in Bunnik vinden wij dit van groot belang.

3.6.4. Mobiliteit

Wat is het probleem?

Tijdens de huisbezoeken door Stichting Welzijn Ouderen geeft 29% van de 75-plussers aan soms tot regelmatig vervoersproblemen te hebben. De vervoersproblemen zijn voor de 75-plussers een grote belemmering om activiteiten buitenshuis te ondernemen.

Consequenties voor beleid

In het kader van het verminderen van gevoelens van eenzaamheid is het belangrijk dat ouderen zich goed kunnen verplaatsen. Bij onze activiteiten in het kader van het terugdringen van eenzaamheid zullen we ons daarom ook inspannen om de mobiliteit van ouderen te verbeteren.

4. Waar gaan we op inzetten?

Het vorige hoofdstuk laat de belangrijkste gezondheidsproblemen van de inwoners van Bunnik zien. Per probleem is benoemd welke consequenties we zien voor het beleid. Naast de gevolgen voor deze nota gezondheidsbeleid zijn, indien nodig, ook de consequenties voor andere beleidsterreinen weergegeven. We vinden het belangrijk realistische doelen te stellen en het is daarom niet mogelijk op alle onderwerpen extra in te zetten. Dit wil overigens niet zeggen dat er op deze onderwerpen geen enkele actie wordt ondernomen; de bestaande activiteiten op het terrein van de volksgezondheid worden gewoon voortgezet (zie ook bijlage 2).

Een mix aan overwegingen bepaalt de keuze voor de prioriteiten. Aan de ene kant zijn er de verschillende onderzoeken die laten zien waar de grootste gezondheidswinst feitelijk te behalen is. Aan de andere kant is, naast de rol die de landelijke overheid in de prioritering speelt, uiteraard ook de bestuurlijke context van invloed.

4.1. Prioriteiten in Bunnik

Gemeente Bunnik komt voor de periode 2009-2012 tot de volgende prioriteiten:

	Onderwerp	Focus en doelgroep
Landelijke speerpunten	Ongezond gewicht	Stimuleren beweging bij volwassenen/senioren
	Eenzaamheid	Terugdringen eenzaamheid bij senioren, o.a. door het vergroten van hun mobiliteit
Overige gezondheidsgelateerde onderwerpen	Vallen	Terugdringen valincidenten bij senioren

Hieronder wordt per onderwerp aangegeven welke doelen we voor ogen zien en met welke mogelijke partners we onder andere willen samenwerken om deze doelen te bereiken. Waar mogelijk zijn de doelen afgeleid van de landelijke doelstellingen uit de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (paragraaf 1.3). Per onderwerp schetsen we tot slot een aantal mogelijke activiteiten. Deze lijst is echter niet compleet en vraagt om verdere uitwerking na vaststelling van de nota.

4.2. Ongezond gewicht

Doel:

- Percentage volwassenen dat te weinig beweegt terugbrengen van 65% naar tenminste 60%.
- Percentage 65-74 jarigen dat niet aan de beweegnorm voldoet terugbrengen van 28% naar minstens 23% en het percentage 75-plussers dat niet aan de norm voldoet terugbrengen van 44% naar minstens 39%.
- Door de inzet op het stimuleren van beweging willen we ervoor zorgen dat het percentage volwassenen met een ongezond gewicht op zijn minst gelijk blijft.

Mogelijke partners:

- Eerstelijns zorgverleners
- Gemeente (volkshuisvesting, ruimtelijke ordening, openbare ruimte en samenlevingszaken)
- GGD Midden-Nederland
- Sporthuis, sportplatform
- Sportverenigingen
- Stichting Welzijn Ouderen
- Wmo-Beraad Bunnik
- Sport Platform Bunnik

Mogelijke activiteiten:

- Informatievoorziening over het algemene sportaanbod verbeteren.
- Meer doelgroepgerichte sportactiviteiten faciliteren (onderzoeken subsidiemogelijkheden voor lage inkomens en kwetsbare groepen).
- Overleg met Stichting Welzijn Ouderen over de mogelijkheden voor het vergroten van het bereik van de informatievoorziening over hun activiteiten.

- Overleg met eerstelijns zorgverleners over hun mogelijkheden om volwassenen en senioren tot meer bewegen te stimuleren.
- Afstemmen met het actieplan 'Bewegen 50-plus' (zie ook hoofdstuk 2).

4.3. Eenzaamheid en mobiliteit

Doel:

- Oprichten werkgroep aanpak eenzaamheid.
- Met deze werkgroep hebben we voor ogen dat er een breed gedragen plan komt om de eenzaamheidsproblematiek aan te pakken. In het plan zullen we onder andere het signaal met betrekking tot de vervoersproblematiek meenemen (zie ook paragraaf 3.6.4.).

NB: Bij de voorbereiding van de nota hebben zich al een aantal belangstellenden voor deze werkgroep aangemeld.

Mogelijke partners:

- Diaconie Witte Kerkje
- Gemeente (samenlevingszaken, openbare ruimte)
- GGD Midden-Nederland
- Indigo GGZ
- Rijnheuvel/Bunnichem
- Stichting Welzijn Ouderen
- Vitras/CMD
- Werkgroep Dementie Bunnik
- Wmo-Beraad Bunnik
- Zonnebloem Bunnik
- Sport Platform Bunnik
- Buurt- of belangenvereniging

Mogelijke activiteiten:

- Het plan dat in de werkgroep tot stand komt moet leiden tot het uitvoeren van de activiteiten die worden voorgesteld.

4.4. Vallen

Doel:

- Het percentage 65-plussers dat in de afgelopen drie maanden tenminste eenmaal is gevallen terugbrengen van 18% naar 13%.
- Het aantal 75-plussers dat het afgelopen jaar tenminste eenmaal is gevallen terugbrengen van 43% naar 38%.

Mogelijke partners:

- Diëtisten (relatie voeding)
- Eerstelijns zorgverleners
- Gemeente (volkshuisvesting, ruimtelijke ordening, openbare ruimte en samenlevingszaken)
- GGD Midden-Nederland
- Stichting Welzijn Ouderen
- Woningbouwcorporaties
- Wmo-beraad Bunnik
- Vrijwilligers

Mogelijke activiteiten:

- Vergroten van de bewustwording van lichamelijke veranderingen bij het ouder worden, o.a. door aandacht voor valpreventie binnen de huisbezoeken door Stichting Welzijn Ouderen (75+ project) en binnen het Wmo-loket Bunnik.
- Stimuleren lichaamsbeweging en werken aan conditieverbetering.
- Stimuleren verantwoord medicijngebruik.
- Aanpassen woninginrichting (bij aanvraagprocedure aandacht voor valpreventie meenemen)
- Veiliger maken van de openbare ruimte

4.5. Risico's

Het al dan niet behalen van bovenstaande doelstellingen is niet uitsluitend afhankelijk van de inzet van de gemeente. Verschillende factoren kunnen ervoor zorgen dat de gezondheidsproblemen niet zodanig verminderen dan op dit moment wordt beoogd. Zo zijn de gemeenten voor het terugdringen

van gezondheidsproblemen ook sterk afhankelijk van de inzet van de individuele burger. De reikwijdte van de Wcpv biedt de gemeenten geen mogelijkheden om op dit individuele niveau maatregelen te treffen, waardoor de gemeenten op dergelijke gezondheidsproblemen 'slechts' deels invloed kunnen uitoefenen.

Ook kunnen keuzes van de landelijke politiek of gebeurtenissen in de gemeente plotseling extra (financiële) aandacht vragen. Ook al doet de gemeente uiteraard haar uiterste best om de beoogde doelen te behalen, dergelijke ontwikkelingen zouden mogelijk tot een andere invulling van het gezondheidsbeleid kunnen leiden. Vooralsnog gaan we daar echter niet van uit.

4.6. Vervolg van deze nota

Het is de intentie om genoemde prioriteiten in de komende vier jaar op te pakken. Na vaststelling van de nota worden de verschillende onderwerpen uitgewerkt in een plan van aanpak. Bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid worden de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- er wordt zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij bestaande trajecten;
- er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van evidence based programma's;
- zoveel mogelijk relevante beleidsterreinen worden bij de aanpak van de gezondheidsproblemen betrokken (onderwijs, sport en recreatie, ruimtelijke ordening, werk en inkomen, verkeer en vervoer, zorg en welzijn, etc.).

De resultaten van de uitvoering van het gezondheidsbeleid zullen onder andere worden gemeten aan de hand van de gegevens uit de volgende monitors van GGD Midden-Nederland (zie ook bijlage 4).

5. Financiën

5.1. Structurele financiële middelen

Zoals eerder genoemd zijn veel Wcpv-taken bij GGD Midden-Nederland belegd. Het aanbod van de GGD bestaat uit een basistakenpakket, dat voor iedere gemeente in de regio hetzelfde is en wordt uitgevoerd in een zogenaamde 'gemeenschappelijke regeling'. Het basistakenpakket bestaat onder andere uit het in kaart brengen van de gezondheidssituatie van de bevolking (epidemiologie), gezondheidsbevordering, medische milieukunde, technische hygiënezorg, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen. Voor een volledig overzicht van de Wcpv-taken: zie bijlage 2. Naast het basistakenpakket kent de GGD keuzetaken, welke nauw bij de basistaken aansluiten maar afzonderlijk door individuele gemeenten worden afgenomen en gefinancierd.

Voor het basistakenpakket betaalt elke gemeente een vastgestelde inwonerbijdrage. In 2008 bedraagt de bijdrage per inwoner € 11,46, wat voor Bunnik neerkomt op een totaalbedrag van € 162.443,- (gebaseerd op 14.169 inwoners per 1-1-2008). In de begroting 2009 is de inwonerbijdrage voor dat jaar vastgesteld op € 12,08. Volgens deze begroting loopt de inwonerbijdrage op tot € 12,83 in 2011.

Het keuzetakenpakket van Bunnik bestaat uit deelname aan het Meldpunt Zorg en Overlast (vanaf 1 april 2008) en aan de deelname van de GGD aan het netwerk 12-/12+ (netwerkkondersteuning jeugdgezondheidszorg). De kosten voor het meldpunt komen jaarlijks op € 5.083,93 (vanwege 'toetreding' tot het meldpunt per 1 april 2008 bedragen de kosten voor 2008 € 3.813,-). De kosten voor de netwerkkondersteuning jeugdgezondheidszorg zijn in de zomer van 2007 in een convenant vastgelegd.

5.2. Aanvullend budget 2009-2012

De uitvoering van deze nota gezondheidsbeleid vraagt de komende vier jaar mogelijk extra financiële middelen. Omdat deze nota lokaal gezondheidsbeleid kaders en uitgangspunten schetst, is het niet mogelijk om nu al aan te geven hoeveel financiële middelen voor de uitvoering van de prioriteiten nodig zijn. In de kadernota wordt jaarlijks aangegeven welke budgetten nodig zijn voor de uitvoering van het voorgestelde beleid. Per jaarschijf worden de prioriteiten in de kadernota en de begroting uitgewerkt. Zo kan tot een afweging van alle wensen worden gekomen. Hierbij wordt aangegeven hoeveel ambtelijke capaciteit en financiële middelen nodig zijn voor de uitwerking van een prioriteit. De kadernota voor 2009 is vastgesteld. Voor 2009 zullen dan ook aparte ramingen worden gemaakt.

6. Evaluatie van beleid en activiteit

Met deze nota gezondheidsbeleid legt Bunnik haar prioriteiten in het kader van de openbare gezondheidszorg voor de komende vier jaar vast. Om te meten of de doelen worden gehaald en of de geplande activiteiten worden uitgevoerd is het belangrijk om het gezondheidsbeleid systematisch te evalueren. De gemeente is voornemens om eind 2010 (halverwege de notaperiode) een tussenevaluatie uit te voeren. Dan zal worden bekeken welke van de voorgenomen activiteiten tot dan toe zijn uitgevoerd en op welke punten nog extra moet worden ingezet. In de tweede helft van 2012 volgt een eindevaluatie om de balans op te maken voor de volgende nota gezondheidsbeleid.

Literatuurlijst

- Alphen van, T., Boot, J.M., Zoest van, F. (2006). *Publieke Gezondheid Agenda 2007-2011*. Abcoude: Stichting Public Health Forum.
- Brink-Muinen van den, A., Spreeuwenberg, P., Rijken, P.M. (2007). *Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006, Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten*. Utrecht: Nivel.
- GGD Midden-Nederland. *Een gezonde kijk op volwassenen*. Zeist, 2004.
- GGD Midden-Nederland. *Senioren in beeld*. Zeist, 2006.
- GGD Midden-Nederland. *Hoe gezond is en leeft de jeugd in Bunnik?* Zeist, 2008.
- Hamar de la Brethonière, R., Brinkman, N. *Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang*. Den Haag, SGB/Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), 2007.
- Hollander de, A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers van, J.A.M., Polder, J.J. (2006). *Zorgen voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). *Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?* Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). *Volksgezondheid en Preventie. De visie van de KNMG*. Utrecht, 2007.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kiezen voor gezond leven 2007-2010*. Den Haag, 2006.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag, 2007.
- Nijboer, C., Pieterse M. (2001). *Facetbeleid als strategie voor gezondheidsbevordering*. Factsheet NIGZ/CRIM.
- STIVORO. *Handleiding tabakspreventie in de nota lokaal gezondheidsbeleid*. Den Haag, 2007.
- TNO Kwaliteit van Leven en Van Naem & Partners. *Evaluatie JGZ 2006*. Leiden en Woerden, 2006.
- Trimbos Instituut. *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies*. Utrecht, 2006.
- Trimbos Instituut. *Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid*. Utrecht, 2007.
- Voedingscentrum. *Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid*. Den Haag, 2007.
- Voedsel en Warenautoriteit. *Handleiding lokaal alcoholbeleid. Een integrale benadering*. Den Haag, 2007.
- Walg, C. *Relatie tussen de Wcpv en de Wmo. Kansen voor de openbare gezondheidszorg!* Deventer: GGD Gelre-IJssel, 2006.

Bijlagen

Bijlage 1 Openbare gezondheidszorg

De openbare gezondheidszorg is vooral gericht op collectieve preventie: de bescherming, bevordering en bewaking van de volksgezondheid en acute hulpverlening aan de bevolking *als geheel*. Het gaat daarbij om de zorg voor de gezondheid van de samenleving, waarbij extra aandacht is voor groepen met een specifiek gezondheidsrisico en voor personen die kwetsbaar zijn. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan, die zich vooral richt op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van personen op het moment dat hun gezondheid al is geschaad. Onder de openbare gezondheidszorg vallen ook de activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en het acuut optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen.

Openbare gezondheidszorg en gezondheidsbeleid zijn een zaak van veel verschillende partijen, zoals gemeenten, de GGD, verschillende zorg- en welzijnsinstellingen en vertegenwoordigers van cliënten. De gemeenten hebben de regie. Ze hebben op grond van de Wcgv een groot aantal taken en zijn verplicht om een GGD op te richten en in stand te houden, die werkt op de vele terreinen die in deze wet beschreven staan.

Bijlage 2 Wcpv en Wmo**Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)**

In het kader van de Wcpv zijn veel taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de collectieve preventie van het Rijk naar de gemeentelijke overheden overgeheveld. De Wcpv onderscheidt drie hoofdtaken: collectieve preventie (een bevorderingstaak), infectieziektebestrijding (een uitvoeringstaak) en jeugdgezondheidszorg (bevorderings- en uitvoeringstaken).

In onderstaand schema worden de Wcpv-taken schematisch weergegeven:

Taken gemeenten		
Collectieve preventie	Infectieziektebestrijding	Jeugdgezondheidszorg
• verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking; • onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg; • bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen; • gezondheidsbevordering; • bevolkingsonderzoeken; • bevorderen van medisch milieukundige zorg; • bevorderen van technische hygiënezorg. NB: tot 1 januari 2007 stond ook het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg in deze rij. Vanaf deze datum is deze taak echter bij de Wmo ondergebracht.	• algemene infectiebestrijding; • bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, zoals aids, chlamydia etc.; • tuberculosebestrijding; • bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten; • outbreakmanagement; • beantwoorden van vragen uit de bevolking; • geven van voorlichting en begeleiding.	• 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).

Veel van deze preventieve taken worden al structureel uitgevoerd, hetzij door GGD Midden-Nederland, hetzij door andere partijen als de thuiszorg, verslavingzorg en welzijnsinstellingen.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

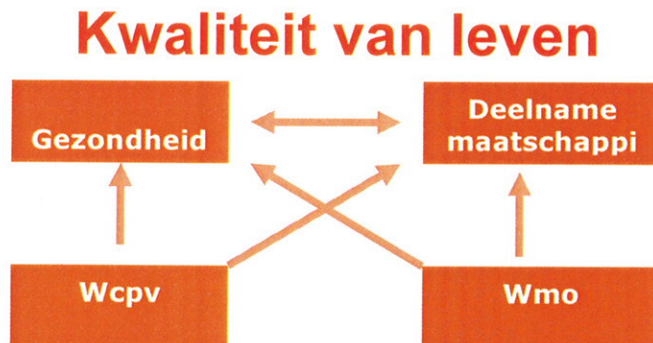
De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) maakt gemeenten sinds 1 januari 2007 verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning en participatie van alle burgers. In de Wmo zijn samengevoegd: de Welzijnswet, Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), de collectieve GGZ-preventie uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) uit de Wcpv. De Wmo beoogt dat alle burgers op een volwaardige manier aan de samenleving kunnen deelnemen; kwetsbare groepen (bijvoorbeeld ouderen en mensen met een beperking) mogen daarbij zo min mogelijk drempels ervaren. In de doelstellingen van de Wmo neemt de realisatie en versterking van een zogenaamde '*civil society*' een belangrijke plaats in, dat wil zeggen de zorg en ondersteuning die burgers in hun eigen omgeving organiseren. De Wmo omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in negen prestatievelen:

1. Het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten;
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met het opgroeien en ondersteuning 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 het bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem;
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;

7. Maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en aanpak huiselijk geweld;
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

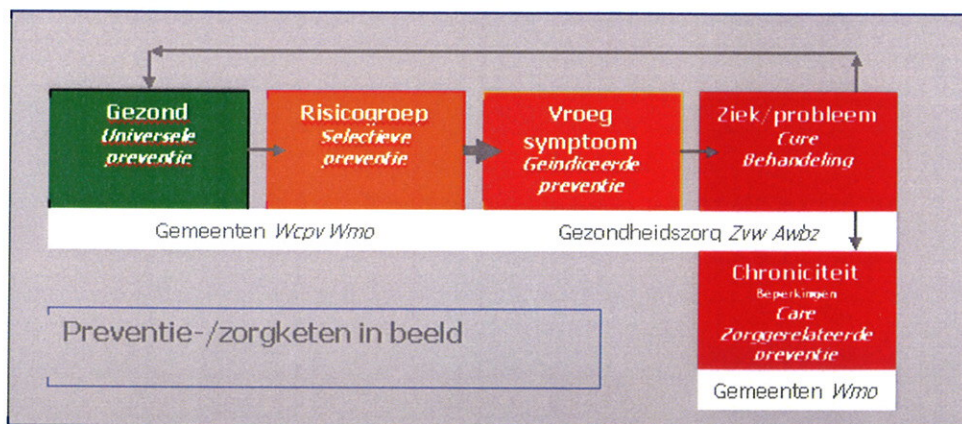
Relatie Wcpv-Wmo

De Wcpv en de Wmo hangen nauw met elkaar samen en vertonen op verschillende terreinen zelfs overlap. Beide wetten kunnen worden gezien als twee onlosmakelijk met elkaar verbonden pijlers. Overstijgend doel is het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers (Figuur 2). Veel onderzoeken laten zien dat mensen die openstaan voor actieve deelname aan en betrokkenheid bij de maatschappij zich gezonder voelen. Andersom maakt een goede gezondheid deelname aan het maatschappelijke leven mogelijk.



Figuur 2: Relatie Wcpv-Wmo

Vanuit de Wcpv waren gemeenten al betrokken bij het gezond houden van mensen en hadden zij reeds een rol in de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve gezondheidszorg. Met de Wmo zijn gemeenten nu ook aan zet als het gaat om huishoudelijke verzorging en ondersteuning van burgers met een beperking of andersoortige problematiek⁷. Dit betekent verantwoordelijkheid voor een groot deel van de keten en een uitbreiding van taken. Met de komst van de Wmo is de invloed van gemeenten op de zogenaamde 'Preventie-/zorgketen' vergroot (Figuur 3).



Figuur 3: Preventie-/zorgketen

Preventie kan ervoor zorgen dat de toename van het aantal mensen met een chronische ziekte wordt afgeremd en mensen dus (langer) gezond blijven. Omdat veel chronische ziekten gerelateerd zijn aan leefstijlfactoren, zijn ze (ten dele) te voorkomen of uit te stellen. Hiervoor is allereerst collectieve preventie essentieel (ook wel universele preventie genoemd): bijvoorbeeld gezondheidsbevorderende maatregelen gericht op de thema's bewegen, roken, alcohol en overgewicht. Deze collectieve preventie kan gericht zijn op de algemene bevolking of op risicogroepen binnen de bevolking (selectieve preventie). Ook belangrijk is het opsporen van personen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen (geïndiceerde preventie). Het tijdig ontdekken van een hoge bloeddruk zou bijvoorbeeld het ontstaan van hart- en vaatziekten kunnen voorkomen.

⁷ Als gevolg van het in werking treden van de Wpg (met de daarin opgenomen verplichting voor gemeenten om ouderengezondheidszorg uit te voeren), raakt het beleid rond chronisch zieken nog eens extra aan het beleid rond collectieve preventie

Met geïndiceerde preventie kan bij deze groep het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade worden tegengegaan of uitgesteld. Zo kan voorkomen worden dat mensen hun zelfredzaamheid al of niet tijdelijk verliezen en daardoor een beroep moeten gaan doen op gemeentelijke voorzieningen of de zorg. Investeren in gezondheid door preventie levert dus niet alleen gezondheidswinst op, maar ook een betere kwaliteit van leven en maatschappelijke winst doordat een gezonde burger beter kan deelnemen aan de civil society. En winst in financiële zin, omdat preventie in veel gevallen goedkoper is dan cure en care. De Wmo brengt nieuwe kansen voor gezondheid en preventie met zich mee.

Bijlage 3

Maatschappelijke tendensen en ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

De Nederlandse bevolking stijgt minder snel dan een aantal jaren geleden en de bevolkingssamenstelling verandert. Het aantal ouderen neemt toe (vergrijzing), evenals het aantal allochtonen. Ook is er sprake van meer éénoudergezinnen en stijgt het aantal alleenstaanden nog steeds (cijfers CBS).

Stijging aantal chronisch zieken

Het aantal chronisch zieken zal de komende jaren sterk stijgen. Naast de toenemende vergrijzing en de medische vooruitgang is de negatieve trend in leefstijl (bijvoorbeeld te weinig beweging en te veel en ongezonde voeding, met als gevolg een toename van overgewicht en obesitas) hiervan een belangrijke oorzaak. Uit onderzoek van Nivel blijkt dat mensen door de chronische aandoening beperkingen ervaren in de leefsituatie. Veel chronisch zieken geven aan dat zij maatschappelijk niet zo kunnen functioneren als zij zouden willen (Nivel, 2007).

Verandering zorgvraag

Meer chronische aandoeningen maakt dat de zorgvraag groter en anders wordt. Op dit moment wordt het grootste deel van het zorgbudget in Nederland besteed aan chronische aandoeningen. In de toekomst zal dit nog sterker het geval zijn. Chronische aandoeningen kunnen een belangrijke oorzaak zijn van onder andere arbeidsverzuim, arbeidsongeschiktheid of het niet meer kunnen uitvoeren van bijvoorbeeld vrijwilligerswerk of mantelzorg.

Vermaatschappelijking van de zorg

De zorg 'vermaatschappelijkt'. Hiermee wordt gestimuleerd dat kwetsbare groepen⁸ steeds meer een volwaardige plaats innemen in de maatschappij, door zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen of opnieuw zelfstandig te gaan wonen. De vermaatschappelijking hangt nauw samen met de tendens tot *extramuralisering*: de afbouw en ombouw van grootschalige verblijfsvoorzieningen naar hulp- en zorgverlening aan huishoudens en personen in de thuissituatie. Wanneer dat niet mogelijk blijkt, wordt ernaar gestreefd dat mensen terecht kunnen in kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk.

Veel aandacht voor jeugd en gezin in kabinetsbeleid

Jeugd en Gezin staan centraal in het beleid van het nieuwe kabinet Balkenende IV. Er wordt stevig ingezet op de ontwikkeling van zogenaamde Centra voor Jeugd en Gezin, waarbinnen gemeenten al hun taken op het gebied van jeugd samenbrengen. Het Centrum beoogt een laagdrempelige voorziening te zijn, waar ouders en jeugdigen terecht kunnen voor alle vragen en problemen over opgroeien en opvoeden. Uiterlijk 1 januari 2009 moet het *Elektronisch Kind Dossier (EKD)* zijn ingevoerd. Het EKD wordt, op termijn, gekoppeld aan een zogenaamde 'Verwijsindex risicogedrag'. Met de Verwijsindex wordt de monitoring van kinderen en het uitwisselen van informatie tussen instellingen makkelijker en worden de mogelijkheden voor het signaleren van risicogezinnen vergroot. De verbinding tussen de jeugdgezondheidszorg en de zorgadviesteams rondom scholen wordt in toenemende mate gestimuleerd.

Evaluatie integratie jeugdgezondheidszorg

In 2006 is de integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar landelijk geëvalueerd (TNO Kwaliteit van Leven en Van Naem & Partners, 2006). Het stelsel van de jeugdgezondheidszorg is per 1 januari 2003 gewijzigd. Voorheen bestond dit uit de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen (geleverd door thuiszorgorganisaties en gefinancierd uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz)) en jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen (geleverd door GGD'en, gefinancierd uit het gemeentefonds en aangestuurd door de gemeenten). Met de wijziging in 2003 zijn gemeenten aangewezen als regievoerder voor de uitvoering van de gehele jeugdgezondheidszorg en verantwoordelijk voor de financiering ervan, die deels vanuit het gemeentefonds en deels via een specifieke uitkering wordt geregeld.

In het evaluatierapport worden enkele aanbevelingen gegeven die in overweging kunnen worden genomen bij de verdere vormgeving van de integrale jeugdgezondheidszorg. De belangrijkste aanbevelingen zijn het nauwkeuriger formuleren van het uniforme deel van het basistakenpakket en het zo snel mogelijk komen tot één uitvoeringsorganisatie voor de 0- tot 19-jarigezorg.

⁸ ouderen en mensen met een beperking, van welke aard dan ook

Modernisering van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz)

Om de (stijgende) kosten te beheersen en de collectieve verzekering voor noodzakelijke zorg te kunnen blijven garanderen wordt de Awbz aangepast. De Awbz is in de toekomst alleen nog van toepassing op langdurige en zwaardere zorg (onverzekerbare zorg). De lichtere zorg verdwijnt stapsgewijs uit de Awbz en wordt in de Wmo en de Zorgverzekeringswet (2006) ondergebracht. De overheveling van de collectieve GGZ-preventie van de Awbz naar de Wmo is hiervan een voorbeeld.

Toenemende kwaliteitseisen

Er worden in toenemende mate eisen gesteld aan de uitvoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toetst in toenemende mate de prestaties, bijvoorbeeld aan de hand van indicatoren. De gemeenten worden erop aangesproken wanneer zij niet aan de gestelde normen voldoen.

Bijlage 4 Regionale en lokale gezondheidsgelateerde onderzoeken

Voor de schets van de gezondheidssituatie van de inwoners van Bunnik in hoofdstuk 3 zijn verschillende onderzoeken gebruikt. Allereerst de onderzoeken vanuit de zogenaamde 'monitors' van GGD Midden-Nederland. De GGD onderzoekt periodiek de gezondheid van de inwoners in de regio, volgens een indeling in de volgende leeftijdsgroepen:

- Jeugd basisonderwijs (groepen 6, 7 en 8) - laatste rapportage 2008
- Jeugd voortgezet onderwijs (12-18 jaar) - laatste rapportage 2008
- Volwassenen (25-55 jaar) - laatste rapportage 2004, volgende verwacht in 2009 (vanwege de aansluiting op de landelijke monitor bevat de rapportage in 2009 de cijfers over de leeftijdsgroep van 19-65 jaar)
- Senioren (65-plus) - laatste rapportage 2006, volgende verwacht in 2010

Verder zijn de aandachtspunten uit de jaarverantwoording 2007 van Vitras/JGZ en de gegevens uit het Jeugd Informatie Systeem (JIS) van de Jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar (2004-2007) belicht. Tot slot komen voor senioren de meest opvallende resultaten van de huisbezoeken bij 75-plussers door Stichting Welzijn Ouderen (2006-2008) naar voren.

