

NOTA LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID DEURNE 2008-2011

Gelijke kansen voor gezondheid

Deurne, juni 2008

Colofon:

Portefeuillehouder:	J.P. Ragetlie
Samenstellers:	E. van Bree, GGD Brabant-Zuidoost
	W. Evers, beleidsmedewerker zorg en volksgezondheid

Vastgesteld door burgemeester en wethouders op 17 juni 2008

Vastgesteld door de gemeenteraad op 28 oktober 2008

Inhoud nota LGB 2008-2011

		Pag.
Hoofdstuk 1	Inleiding	3
Hoofdstuk 2	Visie	4
	1.1 Visie op gezondheid	
	1.2 De rol van de Gemeente Deurne	
	1.3 Werkwijze	
Hoofdstuk 2	Gezondheidsbeleid	7
	2.1 De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)	
	2.2 De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	
	2.3 De relatie Wcpv en Wmo	
	2.4 Samenhang met andere beleidsterreinen	
	2.5 Visie en doelstelling lokaal gezondheidsbeleid	
Hoofdstuk 3	Speerpunten voor de komende jaren	11
	3.1 Kiezen van speerpunten	
	3.2 Beschrijving van de prioriteiten lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011	
	3.3 Prioriteiten voor aanpak binnen lokaal gezondheidsbeleid	
	3.4 Thema's met matige prioriteit	
Hoofdstuk 4	Werkwijze en randvoorwaarden	21
	4.1 Organisatie- en uitvoeringsstructuur	
	4.2 Uitvoeringsprogramma lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011	
	4.3 Evaluatie nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011	
	Lijst van gebruikte afkortingen	23
Bijlagen:		
	I Evaluatie speerpunten van de nota 2004-2007	
	II De lokale situatie ten aanzien van de taken die zijn vastgelegd in de Wcpv	
	III Gezondheidssituatie Deurnese bevolking (Gezondheidspeilingen)	
	IV Landelijk vastgestelde prioriteiten op het gebied van preventie	

Inleiding

Landelijke ontwikkelingen met betrekking tot de aanscherping van de gemeentelijke rol (sinds 2003) op het gebied van preventieve gezondheidszorg zijn de belangrijkste reden om een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. Met de wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) hebben gemeenten in medebewind de verantwoordelijkheid gekregen voor de collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. Omdat de gemeente het dichtst bij de burger staat en het beste inzicht heeft in de lokale problemen en oplossingsmogelijkheden, heeft het rijk deze taak naar de lokale overheid gedecentraliseerd.

Vanaf 2003 is de Wcpv gewijzigd en zijn gemeenten verplicht hun gezondheidsbeleid elke vier jaar in een nota vast te leggen. Op 1 maart 2005 is de laatste nota lokaal gezondheidsbeleid door de gemeenteraad vastgesteld.

Deze nota richt zich op het formuleren van een visie op gezondheidsbeleid binnen de gemeente Deurne voor de komende vier jaar. De geprioriteerde gezondheidsthema's in deze nota zijn erop gericht om de komende jaren gezondheidsachterstanden te bestrijden en mensen gelijke kansen te bieden voor een goede gezondheid. Uiteindelijk mondt de nota uit in een opdracht aan ons college om op de geprioriteerde thema's een uitvoeringsprogramma op te stellen met concrete actiepunten op het betreffende gebied van het gezondheidsbeleid voor de komende vier jaren.

Hoofdstuk 1.

Visie

1.1 Visie op gezondheid

Gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschreven als “een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en is daarmee méér dan de afwezigheid van ziekte”. Gezondheid is dus een breed begrip.

Een goede gezondheid is voor velen noodzakelijk om in sociaal en economisch opzicht op een volwaardige wijze te kunnen functioneren. Gezondheid wordt dan ook als een groot goed beschouwd.

Werken aan gezondheid is een wezenlijke taak van de overheid. Daarbij staat voorop het voorkomen van vermijdbare ziekten en het bevorderen van de gezondheid, de zogeheten openbare gezondheidszorg. Deze taak is wettelijk vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). De voornemens op dit beleidsterrein dienen elke vier jaar te worden vastgelegd in een nota gezondheidsbeleid.

Overigens kan de verantwoordelijkheid voor gezondheid niet alleen afgeschoven worden op de overheid of het zorgsysteem. Iedere burger is in de eerste plaats voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid door het ontwikkelen van een goede en gezonde leefstijl. Voor een aantal burgers is het nemen en dragen van deze eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid echter niet of nauwelijks mogelijk. Diverse factoren kunnen ertoe bijdragen dat het hen (tijdelijk) niet lukt om hier invulling aan te geven. Voorbeelden hiervan zijn sociaal economische omstandigheden, het hebben van een chronische aandoening, problemen van psychosociale en psychiatrische aard etc. Dit soort omstandigheden kan ertoe leiden dat de gezondheidsverschillen tussen diverse groepen burgers steeds groter worden. In Deurne is de sociaal economische status van burgers (opleidingsniveau, inkomen en beroepsklasse) lager dan in de regio. De Wet maatschappelijke ondersteuning legt de nadruk op ‘meedoen’ in de maatschappij en daar hoort het dragen van de eigen verantwoordelijkheid bij. Het is onder andere aan de gemeente om mensen in de gelegenheid te stellen die verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Het zelfoplossend vermogen moeten we dus bevorderen en faciliteren. Lokaal gezondheidsbeleid is daar een middel voor.

Hierbij dient ook rekening te worden gehouden met het gegeven dat een grote groep mensen er nog van uitgaat dat het krijgen van professionele zorg inmiddels een ‘verworven’ recht is. De Algemene wet bijzondere ziektekosten is een volksverzekering waarvoor premies worden betaald. Voor die taken die zijn of nog worden overgeheveld naar de Wmo gaat die gedachte niet meer op. Binnen de Wmo spreken we van voorzieningen voor ondersteuning in plaats van een ‘claim’ op de verzekering. Het gedachtegoed van de Wmo vraagt dan ook om een fundamentele omslag in denken. Hiermee dienen we in de komende beleidsperiode zeker rekening te houden.

Naast de gemeente zijn ook andere partijen in de maatschappij medeverantwoordelijk voor de gezondheid van onze burgers, zoals werkgevers, die verantwoordelijkheid dragen voor een gezonde werkomgeving, ouders en scholen die verantwoordelijk zijn voor een omgeving waarin kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen op emotioneel en lichamelijk gebied.

Gezondheidswinst valt vooral te behalen buiten de medische sector. Dit betreft zeker de openbare gezondheidszorg, maar ook andere terreinen. Leefstijl/gedrag, fysieke omgeving, sociale omgeving en de toegang tot zorg zijn factoren die de gezondheid in belangrijke mate bepalen en die je kunt beïnvloeden door beleid. Juist op deze gebieden neemt de gemeente beslissingen die gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van haar inwoners.

1.2 De rol van de gemeente

De rol van de gemeente in het (preventieve) gezondheidsbeleid staat in deze beleidsnota centraal. Dit wil echter niet zeggen dat andere partijen er minder toedoen. De gemeente is voor het realiseren van haar gezondheidsdoelen aangewezen op de inzet van tal van organisaties, verenigingen, beroepskrachten en vrijwilligers. De betekenis van de gemeente ligt dan ook voor een belangrijk deel in het bijeenbrengen van alle betrokken partijen en het sturen op gezamenlijk gedragen gezondheidsdoelen.

De rol van de gemeente in het gezondheidsbeleid is geen vaststaand gegeven. Door de jaren heen verandert die rol onder invloed van het rijksbeleid, lokale politieke keuzes en de maatschappelijke vraagstukken die aan de orde zijn. De huidige rollen van de gemeente zijn aan te geven met de kernwoorden: preventie en regie.

Gemeente als beleidsmaker

Om sturing te kunnen geven aan alle inspanningen van de diverse partijen is het noodzakelijk dat de gemeente weet waar het uiteindelijk allemaal toe moet leiden: welke beleidsdoelen heeft de gemeente voor ogen? In de Wcpv is sinds 2003 de verplichting voor de gemeente opgenomen dat zij eens in de vier jaar haar beleid moet vastleggen in een nota lokaal gezondheidsbeleid. Het is niet verwonderlijk dat juist de gemeente deze taak heeft op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Het is immers de gemeente die direct invloed heeft op de leefomgeving van haar inwoners.

Gemeente als regisseur

Op grond van de Wcpv moet de gemeente afstemmen, bewaken, coördineren en integreren oftewel regisseur zijn in het lokale gezondheidsbeleid. Het netwerk van organisaties die betrokken zijn bij de openbare gezondheidszorg is uitgebreid en complex. Het gaat om diverse partijen op lokaal en regionaal niveau die onderling ook weer met elkaar te maken hebben en van elkaar afhankelijk zijn, en elk met eigen expertise en mogelijke inbreng.

Gemeente als uitvoerder

Voor een deel is de gemeente zelf direct verantwoordelijk voor de uitvoering. Deze uitvoerende taken op het terrein van gezondheidsbeleid zijn grotendeels ondergebracht bij de gemeentelijke gezondheidsdienst, GGD Brabant-Zuidoost.

Gemeente als financier

Een andere rol van de gemeente is die van (mede)financier zijn. Gemeenten hebben financiële middelen om projecten en activiteiten te financieren, kunnen via andere geldstromen invloed uitoefenen op gesubsidieerde organisaties en kunnen betrokken partijen om de tafel krijgen.

Rol en taken GGD

Onder verantwoordelijkheid van de gemeente voert de GGD tal van taken in de openbare gezondheidszorg uit. Het Rijk heeft in de Wcpv bepaald welke taken de GGD in ieder geval moet uitvoeren. De ruimte die de gemeente heeft om beleid te formuleren op verschillende onderdelen van de openbare gezondheidszorg varieert. Er is niet of niet exact bepaald tot welk niveau de gemeente een inspanningsplicht heeft. In de jeugdgezondheidszorg bestaat het grootste deel uit het vastgelegde basistakenpakket. Maar bij een taak als gezondheidsbevordering is er meer ruimte voor gemeentelijk beleid. Naast het wettelijk takenpakket bestaat een facultatief pakket waaruit de gemeente keuzes kan maken.

Invloed raad

Door de invoering van de Wet dualisering gemeentebestuur in 2002 zijn taken in de Wcpv van het college van B&W overgeheveld naar de gemeenteraad. Het vaststellen van de vierjaarlijkse nota lokaal gezondheidsbeleid is daarin de belangrijkste taak van de gemeenteraad. Na vaststelling van de nota gezondheidsbeleid zal de gemeenteraad erop toezien dat de geformuleerde voornemens worden uitgevoerd. Hiervoor zijn concrete plannen van aanpak nodig met toetsbare doelstellingen. Vervolgens moet de voortgang van de uitvoering bewaakt worden.

1.3 Werkwijze

Vaststellen speerpunten lokaal gezondheidsbeleid 2008–2011

De basis voor het bepalen van de speerpunten voor het lokaal gezondheidsbeleid (LGB) 2008-2011 bestaat uit 6 elementen:

- Gemeentelijke prioriteiten
- Evaluatie van de inhoudelijke speerpunten van de nota LGB 2004-2007 plus financieel overzicht (bijlage I);
- De lokale situatie ten aanzien van de taken die zijn vastgelegd in de Wcpv (bijlage II);
- Gezondheidssituatie Deurnese bevolking (GGD – Gezondheidsspeilingen) (bijlage III);
- Landelijk vastgestelde prioriteiten op het gebied van preventie (rijksbeleid) (Bijlage IV);
- Signalen vanuit politiek, publieke opinie en maatschappelijk middenveld.

Gezondheidsbeleid staat voor de gemeente overigens niet op zich. Veel van de onderwerpen en bijbehorende activiteiten worden op dit moment al opgezet en uitgevoerd binnen andere gemeentelijke beleidsterreinen. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om deze onderwerpen ook in deze nota opnieuw uit te werken. De overlap wordt echter wel in beeld gebracht. Ook wordt aangegeven op welke wijze vanuit het lokaal gezondheidsbeleid wordt toegezien dat de gezondheidsaspecten van deze onderwerpen voldoende aandacht krijgen.

Om tot een prioriteitenstelling van gezondheidsactiviteiten en projecten te komen voor de komende beleidsperiode is de volgende werkwijze gevolgd:

Wat	Wanneer
Verzamelen van relevante informatie die de huidige gezondheidssituatie van de gemeente Deurne in beeld brengt	najaar 2007
Evaluatie van de nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2004-2007	Najaar 2007
Discussievond met gemeenteraad, beroepsbeoefenaars en klantenorganisaties	24 januari 2008
Verwerken van thema's en prioriteiten stellen	Februari –april 2008
Vaststellen van de conceptnota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 door het college van B&W	17 juni 2008
Presidium	25 augustus2008
Behandeling in commissie Sociale Zaken en Onderwijs	17 september 2008
Vaststellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 door de raad	28 oktober 2008
Opstellen uitvoeringsprogramma lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 door het college van B&W, gehoord de jongerenraad en de participatieraad	Vierde kwartaal 2008
Vaststellen uitvoeringsprogramma lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 door het college van B&W	Vierde kwartaal 2008
Uitvoeringsprogramma ter kennisneming naar de commissie Sociale Zaken en Onderwijs	10 december 2008

2.1 De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

De gemeente is op basis van de Wcpv verantwoordelijk voor de collectieve preventie in haar gemeente. Ze heeft de taak de gezondheid van haar inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De taken die de gemeente hiervoor moet uitvoeren zijn in de wet opgenomen. De Wcpv bepaalt dat de gemeente een GGD in stand dient te houden. Sinds de wijziging van de Wcpv in 2003 is de gemeente verplicht iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van collectieve preventie.

De Wcpv onderscheidt drie deel terreinen:

- Collectieve preventie: de gemeenteraad heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Daarnaast draagt de gemeenteraad zorg voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg;
- Infectieziektebestrijding;
- Jeugdgezondheidszorg.

2.2 De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Het centrale thema in de Wmo is 'meedoen'. Meedoen van alle burgers, met of zonder beperking. Wanneer het burgers niet lukt op eigen kracht mee te doen, zullen zij gestimuleerd worden oplossingen in hun eigen omgeving te zoeken. Zijn deze er niet, dan biedt de Wmo mogelijkheden voor het bevorderen of herstellen van de zelfredzaamheid van burgers.

De Wmo steunt op twee uitgangspunten:

- de eigen verantwoordelijkheid van de burger;
- het organiseren van ondersteuning op lokaal niveau.

Om participatie van alle burgers te bereiken is een krachtige sociale structuur nodig. Maatschappelijke ondersteuning wordt geboden op diverse terreinen, zoals wonen, welzijn en zorg. Een samenhangend beleid tussen deze beleidsgebieden is van groot belang.

In de Wmo staan 9 prestatievelden. Deze geven invulling aan het begrip maatschappelijke ondersteuning. De wet schrijft niet tot in detail voor waar voorzieningen aan moeten voldoen, dit moet lokaal worden ingevuld. De ruimte voor eigen invulling biedt de gemeente de mogelijkheid een beleid te ontwerpen dat recht doet aan de lokale situatie.

De gemeente Deurne heeft haar visie en uitgangspunten voor de Wmo voorlopig vastgelegd in een concept 'Beleidsplan Wmo 2008-2011'. De gemeente kiest voor een brede benadering met aandacht voor het inrichten van een sociale infrastructuur volgens de basisfilosofie van de wet met accent op een integrale lokale beleidsvoering:

- eigen verantwoordelijkheid van burgers;
- meer communicatie met burgers;
- sterker netwerk van vrijwilligers en mantelzorgers;
- langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

In deze nota lokaal gezondheidsbeleid wordt rekening gehouden met de visie en uitgangspunten van het 'beleidsplan Wmo 2008-2011'.

2.3 Relatie Wcpv – Wmo

Voor de gemeente is het de komende jaren de uitdaging om beleid te ontwikkelen dat een samenhangend antwoord geeft op sociaal-maatschappelijke (Wmo) en gezondheidsproblemen (Wcpv) en het voorkomen daarvan.

De Wcpv gaat met name over preventie en tot op zekere hoogte curatie (cure).

Binnen de prestatievelden van de Wmo gaat het om preventie, zorg (care), welzijn en wonen. De raakvlakken tussen de Wcpv en de Wmo liggen met name op het preventieve vlak.

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

De Wcpv heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De Wmo heeft ten doel de burgers met fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij.

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

Beide wetten hebben alle burgers als doelgroep, zowel de kwetsbare als de niet-kwetsbare burgers.

Een belangrijk verschil tussen de Wcpv en de Wmo is, dat de Wcpv-taken, plaatsvinden voordat er sprake is van een probleem waarvoor hulp nodig is, men spreekt van een maatschappelijke hulpvraag. De taken binnen de Wcpv bevinden zich in het publieke domein en dienen het collectieve belang. De Wmo gaat net als de Wcpv ook uit van een maatschappelijke hulpvraag, maar tevens van concrete en individuele vragen van burgers die problemen hebben.

In het kader van de nota lokaal gezondheidsbeleid moet worden bepaald op welke onderwerpen preventieprogramma's ingezet gaan worden. Afstemming met preventieve programma's die in het kader van het Wmo beleidsplan worden ingezet is hierbij essentieel.

2.4 Samenhang met andere beleidsterreinen

Gezondheidsbeleid hangt met een aantal andere beleidsterreinen samen. Deze worden hieronder kort uitgewerkt.

2.4.1 Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), maatschappelijke opvang en verslavingszorg
Per 1 januari 2007 is de OGGZ, met uitzondering van 'het bieden van psychosociale hulp bij rampen', overgeheveld van de Wcpv naar de Wmo. Gemeenten zijn vanaf die datum verantwoordelijk voor de uitvoering van de OGGZ, evenals voor de uitvoering van maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Kwetsbare mensen kunnen afglijden in de maatschappij en zo in de maatschappelijke opvang en/of verslavingszorg terechtkomen. De gemeente heeft de taak om enerzijds dit met preventie te voorkomen en anderzijds het herstel van mensen te bevorderen.

Hoewel met het overgaan naar de Wmo geen directe taken meer zijn opgenomen in de Wcpv voor deze terreinen, zijn er wel duidelijke raakvlakken zichtbaar. Om problemen bij de doelgroepen van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en aangepakt. Het is dus van belang dat de gemeente blijft investeren in preventietaken, die ook vooral vanuit de Wcpv worden georganiseerd. Daarnaast zijn er met name binnen de Wcpv-taak van collectieve preventie verschillende taken die het brede OGGZ-beleid kunnen ondersteunen en/of versterken.

2.4.2 Jeugdbeleid

Zowel vanuit de Wcpv als vanuit de Wmo heeft de gemeente taken en verantwoordelijkheden rond de jeugd, waarbij een duidelijke samenhang te vinden is.

De nota lokaal gezondheidsbeleid zal zich ten aanzien van jeugd vooral richten op de leefstijlaspecten, die een invloed kunnen hebben op de gezondheid van deze doelgroep. Overige items komen in het integrale jeugdbeleid aan de orde.

2.4.3 Integraal Veiligheidsbeleid

De gemeente heeft een nota Integraal Veiligheidsbeleid. Enkele prioriteiten daaruit hebben een relatie met gezondheidsbeleid, zoals het bevorderen van leefbaarheid in de wijk, verhogen veiligheidsgevoel, bestrijding huiselijk geweld, aandacht voor riskant gebruik genotmiddelen bij jeugd, vermindering probleemgedrag bij jeugd en verhogen verkeersveiligheid. Uit deze onderwerpen blijkt overigens ook dat integraal veiligheidsbeleid raakvlakken heeft met jeugdbeleid, verslavingszorgbeleid en OGGZ-beleid.

2.4.4 Milieubeleid

Binnen het gemeentelijk milieubeleid bestaan kansen om met milieumaatregelen de gezondheid van inwoners positief te beïnvloeden of in ieder geval negatieve invloeden weg te nemen. De verontreiniging van het binnenmilieu (de luchtkwaliteit in woningen en gebouwen) heeft bijvoorbeeld veel te maken met leefstijl en gedrag van mensen en is daarmee bij uitstek onder te brengen bij activiteiten lokaal gezondheidsbeleid ten behoeve van het bevorderen van een gezonde leefstijl. In de Wcpv wordt de gemeente ook expliciet gevraagd aandacht te besteden aan milieu en gezondheid.

2.4.5 Armoedebeleid

Armoede is een complex verschijnsel met veelal samenhangende dimensies (inkomen, maatschappelijke participatie, opleidingsniveau, gezondheid, zelfredzaamheid, wonen en leefomgeving). Het toekomstperspectief is een belangrijk onderscheidend kenmerk, vooral in situaties waarin niet of nauwelijks uitzicht is op werk of verandering van leefsituatie. Armoede in deze brede betekenis is sociale uitsluiting.

Gemeenten hebben de mogelijkheden en de zorgplicht om de leefsituatie en het toekomstperspectief van kwetsbare burgers te verbeteren. Een gemeente met minder armoede en sociale uitsluiting creëert voor iedereen een beter leefklimaat. De gemeentelijke overheid is door de korte afstand tot de burger bij uitstek het overheidsorgaan dat problemen bij individuele burgers kan onderkennen en hiervoor maatwerk kan leveren.

Uitsluitend financiële ondersteuning is voor de meest kwetsbare burgers niet genoeg. Maatwerk binnen het gemeentelijk armoedebeleid is belangrijk. Dit vereist een sluitende keten van voorzieningen. De gemeente is als geen ander in staat de regie over de keten te voeren en om witte vlekken, overlap en aansluitingsproblemen te signaleren. Het is daarom belangrijk dat armoedebeleid beleidsmatig en op uitvoerend niveau wordt afgestemd met andere gemeentelijke taken. Aanpalende beleidsterreinen van het armoedebeleid zijn onder andere: gezondheidsbeleid, jeugdbeleid, huisvestingsbeleid, onderwijs en minimabeleid. Het gaat dus veelal om beleidsterreinen voortvloeiend uit de Wet werk en bijstand (Wwb) en de Wmo..

In het kader van de Wwb is op dit moment een zogeheten Sociaal Programma 2008-2010 in opmaak. Kort gezegd gaat dit programma over het bepalen van de acties die de gemeente de komende jaren gaat verrichten op het terrein van minimabeleid en re-integratie van uitkeringsgerechtigden (raadsopdrachten 5.2 en 5.3). Speerpunt zal daarbij komen te liggen op gezinnen met kinderen. Het Sociaal Programma gaat zoals gezegd over armoede in de brede betekenis. Daarmee is niet gezegd dat het Sociale Programma alles zal omvatten op het terrein van armoedebestrijding en preventie. In het Sociaal Programma wordt bijvoorbeeld niet expliciet ingezoomd op gezondheid in relatie tot armoede. Dit onderwerp wordt meegenomen in het lokaal gezondheidsbeleid .

2.4.6 Beleidsterreinen die invloed hebben op de gezondheidssituatie

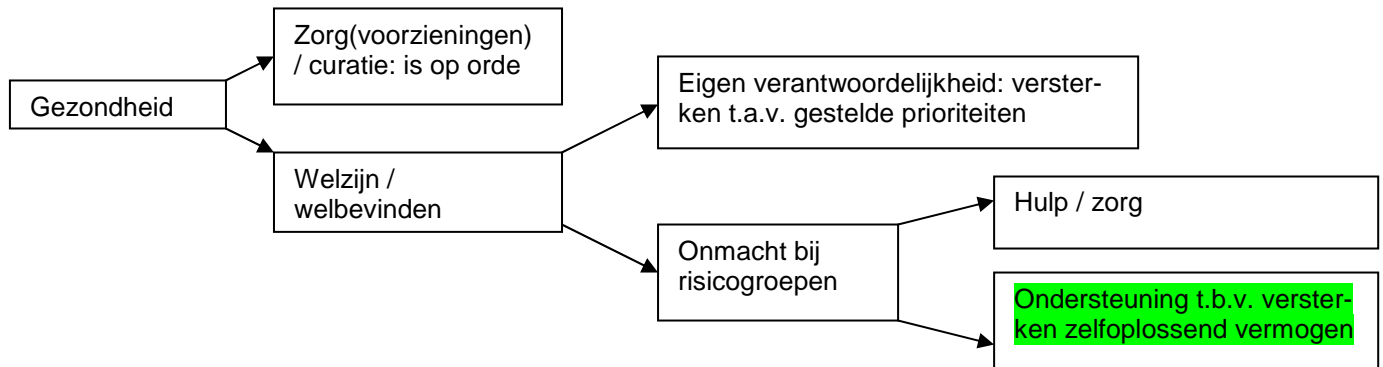
In bovenstaande paragrafen staat de relatie tussen beleidsterreinen en gezondheidsbeleid voor een aantal beleidsterreinen nader toegelicht. Echter ook andere terreinen kunnen van invloed zijn op de gezondheidssituatie en bij het opstellen van beleid op deze terreinen zou rekening gehouden moeten worden met het effect van bepaalde beslissingen op de gezondheid.

2.5 Visie en doelstelling lokaal gezondheidsbeleid

Op basis van de visie op gezondheid, het wettelijke kader, en de overige beleidskaders is als doelstelling voor lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd:

Het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een goede gezondheid van de inwoners van de gemeente Deurne. Dat willen we bereiken door het versterken van de eigen verantwoordelijkheid van mensen en door, daar waar mogelijk, maatregelen te treffen ter bescherming tegen en preventie van gezondheidsproblemen en bedreigingen middels een integrale beleidsaanpak.

Uitgangspunt van de gemeente Deurne daarbij is schematisch gezien als volgt weer te geven:



Lokaal gezondheidsbeleid en dus ook de inhoud van deze nota is gericht op preventie. Belangrijk middel daarvoor is het bieden van ondersteuning aan burgers zodanig dat zij zelfstandig kunnen deelnemen aan de maatschappij en dat het zelfoplossend vermogen wordt versterkt.

Het bovenstaande schema geeft van links naar rechts weer hoe het beleidsterrein lokaal gezondheidsbeleid afgebakend kan worden. Vanuit het brede begrip gezondheid is een eerste keuzemoment om in te steken op voorzieningen of op welzijn. De gemeente heeft in de medische voorzieningen als zodanig geen taken. De gemeentelijke inzet is op het welzijn toegelegd. Een tweede keuzemoment is het onderscheid tussen de mensen die zelf de regie kunnen voeren over welzijn, wonen en zorg en de mensen die dat niet of niet geheel kunnen. Ook hier ligt het voor de hand dat de gemeente, ook vanuit wettelijke opdracht, zich richt op mensen die ondersteuning nodig hebben op de regie zelf te kunnen voeren dan wel met ondersteuning. Tot slot is die ondersteuning op te splitsen in enerzijds concrete hulp en en/of zorg aan de burger en anderzijds de preventie. Het proberen te voorkomen dat mensen in een situatie komen dat zij niet zelf de regie kunnen voeren en dus een beroep moeten doen op ondersteuning. Met andere mensen ondersteunen ten behoeve van het versterken van het zelfoplossend vermogen en daarmee het bevorderen van gelijke kansen voor gezondheid. Daar richt preventief lokaal gezondheidsbeleid zich op en daarop heeft de inhoud van deze nota dan ook betrekking.

Hoofdstuk 3 Speerpunten voor de komende jaren

3.1 Kiezen van speerpunten

De gemeente staat voor de taak om in deze nota aan te geven op welke wijze zij de komende jaren wil inzetten op het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een goede gezondheid van haar inwoners. Om een goed beeld te krijgen op welke terreinen de gemeente winst kan halen, zijn diverse bronnen geraadpleegd. Dit heeft veel informatie opgeleverd die betrekking heeft op een vijftal elementen:

- Evaluatie van de inhoudelijke speerpunten van de nota LGB 2004-2007 plus financieel- overzicht (bijlage I);
- De lokale situatie ten aanzien van de taken die zijn vastgelegd in de Wcpv (bijlage II);
- Gezondheidssituatie Deurnese bevolking (GGD – Gezondheidspeilingen) (bijlage III);
- Landelijk vastgestelde prioriteiten op het gebied van preventie (rijksbeleid) (Bijlage IV);

Bovenstaande informatie is voor 33 verschillende gezondheidsthema's samengevoegd.

De gemeente heeft vervolgens samen met de GGD Brabant-Zuidoost in een discussiebijeenkomst, deze 33 thema's voorgelegd aan raadsleden en vertegenwoordigers van (gezondheidszorg)organisaties en belangengroepen. In de bijeenkomst is een onderverdeling gemaakt in vier categorieën:

1. Gedrag / leefstijl / jeugd / ouders;
2. Sociale omgeving;
3. Gezondheidszorg
4. Fysieke omgeving;

Aan de deelnemers van deze discussiebijeenkomst is gevraagd om aan te geven welke thema's de komende beleidsperiode prioriteit moeten krijgen en of dat zou moeten binnen lokaal gezondheidsbeleid of een ander beleidsterrein.

De resultaten van deze bijeenkomst, aangevuld met reeds eerder vastgestelde gemeentelijke prioriteiten en wettelijke verplichtingen leiden tot onderstaande prioritering voor de komende beleidsperiode.

Gedrag / leefstijl / jeugd / ouders	
1. Schadelijk alcoholgebruik 2. Drugs 3. Roken 4. Gokken incl. pokeren	Prioriteit Lokaal Gezondheidsbeleid (LGB) Thema's in samenhang met elkaar aanpakken Accent op alcoholmisbruik jongeren T.a.v. roken is al veel (landelijk) bereikt
5. Gezonde voeding 6. Sporten en bewegen 7. Overgewicht	Prioriteit LGB Thema's in samenhang met elkaar aanpakken Accent op sport / bewegen jongeren
8. Diabetes	Geen prioriteit en niet afzonderlijk behandeld, onderdeel van leefstijl in breder verband
9. Verantwoord medicijngebruik	Geen prioriteit en niet afzonderlijk behandeld, onderdeel van leefstijl in breder verband
10. Mondgezondheid	<i>Aandachtspunt LGB</i> Deurne scoort hierop slecht Taak voor ouders tandartsen en scholen
11. Depressie	<i>Aandachtspunt jeugdbeleid (jongeren) en LGB (andere leeftijdsgroepen)</i>
12. Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) en seksueel risicogedrag	<i>Aandachtspunt LGB</i> Relatie leggen met alcohol- en drugsgebruik
13. Sociale weerbaarheid	<i>Aandachtspunt jeugdbeleid</i>
14. Opvoedingsondersteuning	<i>Aandachtspunt LGB, prioriteit jeugdbeleid</i> Verbreden van huidig aanbod 1 vorm van ondersteuning bij laagdrempelige vindplaatsen

Sociale omgeving	
15. Overbelasting mantelzorg	Prioriteit LGB en Wmo Meer aandacht voor (vroeg-)signalering, signaalopvolging, ketenzorg en samenwerking, crisissituaties en mogelijkheden zorgloket
16. Beschikbaarheid zorggericht vrijwilligerswerk	<i>Aandachtspunt Wmo</i> bij aanpak mantelzorgondersteuning
17. Eenzaamheid / sociaal isolement	Prioriteit LGB en Wmo Huidige aanpak continueren (aandacht voor signalering, sociale cohesie en het uitlokken van ontmoeting in eigen leefomgeving) Aandacht voor problematiek bij jongeren
18. Huiselijk geweld	<i>Aandachtspunt Wmo</i> In samenhang aanpakken Huidige aanpak volgen
19. Ouderenmishandeling / ontspoorde zorg	
20. Visievorming OGGZ	<i>Aandachtspunt Wmo</i> Regionale aanpak volgen (centrumgemeente neemt initiatief)
21. Lage Sociaal Economische Status	Prioriteit LGB en minimabeleid Vervolg geven aan resultaten armoedeconferentie met extra aandacht voor verborgen armoede, taboes, wachttijd schuldsanering, diverse leeftijdsgroepen
22. Leefbaarheid woonomgeving in de diverse kernen	
Gezondheid(szorg)	
23. Toegang, bereikbaarheid en gebruik (zorg)voorzieningen	Prioriteit LGB en Wmo Voorzieningenniveau is op orde Aandacht voor welzijnscomponent en psychische gezondheid als gevolg van veranderingen in zorg
24. Afstemming preventie - curatie (in 1 ^{ste} -lijn)	Prioriteit LGB en Wmo Versterken van ketenzorg tussen 0 ^{de} , 1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn Voorwaarde om (landelijke) prioriteiten zoals overgewicht en depressie op te pakken
25. Woonzorgvoorzieningen	<i>Aandachtspunt Wmo</i> Welzijnscomponent invulling geven Waak voor teveel betutteling en afhankelijkheid
26. Deelname bevolkingsonderzoeken	<i>Aandachtspunt voor huisartsen en GGD</i> extra benaderen non-respons
27. Chronische aandoeningen	<i>Aandachtspunt LGB en Wmo</i> Doelgroep heeft langdurige en kostbare zorg Aandacht voor preventie en vroegsignalering (diabetes, depressie e.d.) Versterken van het vermogen van mensen om met hun beperkingen positief om te gaan
28. Bereikbaarheid / toegankelijkheid centrum voor rolstoelgebruikers	<i>Aandachtspunt Wmo</i> Initiatieven voor aanbrengen verbeteringen zijn inmiddels genomen Extra aandacht nodig voor blinden en slechtzienden
29. Verbeteren leefomgeving waardoor gezond gedrag wordt uitgelokt	<i>Aandachtspunt LGB</i> Aandacht voor bestaansrecht sportverenigingen door privatisering (subsidiebeleid gemeente) Creëer voorzieningen zoals sport- en speelveldjes

Fysieke omgeving	
30. Technische hygiënezorg	<i>Wettelijke taak handhaven;</i> op dit moment geen extra aandacht nodig
31. Medisch milieukundige zorg	<i>Aandachtspunt LGB en milieubeleid</i> Onderzoek naar oorzaken voor het significant grote aantal longaandoeningen onder alle leeftijdsgroepen, middels integrale aanpak
32. Infectieziektebestrijding	<i>Wettelijke taak handhaven;</i> op dit moment geen extra aandacht nodig
33. Ongevallen en letsels (incl. valpreventie ouderen)	Betrekken bij Afstemming preventie - curatie (in 1 ^{ste} -lijn) / CBO

Integrale aanpak

Alle genoemde thema's bevatten aspecten die bij kunnen dragen aan een betere gezondheid van de bevolking van Deurne. Een aantal thema's past echter ook, in meer of mindere mate, binnen de doelstellingen van andere beleidsterreinen zoals het Wmo-beleid, minimabeleid, sportbeleid en het jeugdbeleid.

Deze thema's zijn in deze nota wel meegenomen omdat vanuit Lokaal gezondheidsbeleid moet worden toegezien dat er binnen de andere beleidsterreinen voldoende aandacht wordt besteed aan de gezondheidsaspecten van deze thema's. De aanpak van deze thema's vindt echter plaats vanuit de andere beleidsterreinen.

3.2 Beschrijving van de prioriteiten lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011

1. Gezondheidsverschillen als gevolg van een lage sociaal economische status

Onderbouwing

Het inkomen (van de ouders) geeft, naast opleidingsniveau en beroepsklasse, een indruk van de sociaal economische status (ses). Een lage ses is gerelateerd aan een gemiddeld kortere levensverwachting en een geringer aantal jaren dat in goede gezondheid wordt doorgebracht. Ook op de leefstijlfactoren scoren lage ses groepen ongunstiger; ze roken meer, eten minder groente en fruit en bewegen minder. Bovendien zijn de woon- en werkomstandigheden van lage ses groepen vaker ongunstig. Deze mensen lopen op verschillende gezondheidsterreinen, bijv. overgewicht, depressie en sociaal isolement, een groter gezondheidsrisico dan mensen met een hoger inkomen.

In Deurne kan een steeds grotere groep mensen niet of moeilijk rondkomen. Dit blijkt zowel uit de resultaten van de gezondheidsspeilingen als uit signalen van organisaties die deze groep in beeld hebben. Het opleidingsniveau en inkomen van mensen ligt in Deurne precies op het gemiddelde binnen de regio, zo blijkt uit onlangs gepubliceerde cijfers van het CBS. Mogelijke verklaring voor die toename is dat er in de gemeente mogelijke relatief grote verschillen zijn tussen arm en rijk. Ook is het mogelijk dat relatief meer mensen met een behoorlijk inkomen toch moeite hebben met rondkomen.

Huidige stand van zaken

Op dit moment zijn er binnen de gemeente verschillende regelingen waar deze doelgroep gebruik van kan maken waaronder schuldhulpverlening. Hier wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt door gebrek aan informatie en versnippering van deze regelingen. Maar ook schaamte speelt hierbij een grote rol.

Conclusie:

- Ook in Deurne zullen de gevolgen van een lage(-re) sociaal economische status voor de gezondheid hun uitwerking hebben. In nauwe samenhang met het door de raad vastgestelde 'Sociaal programma' zullen we daarop gericht beleid moeten voeren.

Doelstelling voor de aanpak gezondheidsverschillen als gevolg van lage ses:

- De doelgroep mensen met een lage sociaal- economische status speciale aandacht geven bij aanpak van de verschillende thema's zoals alcohol- en drugs, overgewicht, depressie, eenzaamheid.
- De bestaande regelingen in beeld brengen en onder de aandacht brengen van de doelgroep via sleutelfiguren die deze mensen in beeld hebben, zoals medewerkers jeugdgezondheidszorg, huisartsen, thuiszorg, ouderenadviseurs, maatschappelijk werkers e.d. Daarbij wordt extra aandacht besteed aan motivering (taboedoorbreking) en activering.

2. Schadelijk alcohol- en drugsgebruik in samenhang met drugsgebruik, roken en gokken

Onderbouwing

Uit de gezondheidspeilingen van de GGD blijkt dat het alcoholgebruik onder jongeren in Deurne hoger ligt dan in de regio en dat jongeren eerder dan elders beginnen met het drinken van alcohol. Overmatig alcohol- en drugsgebruik kan veel problemen opleveren die invloed hebben op velerlei gebied, bijv. gezondheid, relaties, overlast, criminaliteit en werk. Ook in de landelijke preventienota 'Kiezen voor Gezond Leven' (rijksbeleid) is schadelijk alcoholgebruik onder jongeren vastgesteld als een van de vijf prioriteiten die binnen het lokale gezondheidsbeleid aandacht behoeft. De gemeenteraad van Deurne heeft al in 2006 de nota integraal alcohol- en drugsbeleid 'Met beleid (z)onder invloed' voor de periode 2006-2009 vastgesteld, met als algemene beleidsdoelstelling:

Het verminderen van risico's en problemen op het gebied van gezondheid, relaties, openbare orde, veiligheid en verkeer door het terugdringen van riskant alcohol- en drugsgebruik middels een integrale aanpak onder regie van de gemeente.

Huidige stand van zaken

De afgelopen periode is ingezet op de aanpak van het alcoholgebruik van kinderen onder de 16 jaar en het bewust en verantwoord gebruik van alcohol vanaf 16 jaar. Daarbij worden alle partijen betrokken die hierin een verantwoordelijkheid hebben waaronder alcoholverstrekkers, ouders, politie, hulpverlening, onderwijs en jongeren zelf. De komende beleidsperiode zal extra aandacht worden besteed aan het ondersteunen van de groep ouders en kinderen die op dit moment nog onvoldoende in staat is om hun eigen verantwoordelijkheid hierin te nemen.

De campagne 'Lekker fris in Deurne' is daarvoor opgestart en waaruit diverse (deel-)projecten zijn uitgevoerd. De verschillende onderdelen richten zich zowel op jeugd, als op de ouders als op verstrekkers van alcohol (horeca, supermarkten, sportkantines etc.). Dit heeft inmiddels de nodige discussie en bewustwording bij kinderen en hun ouders op gang gebracht. Om ook een gedragsverandering te kunnen bewerkstelligen zal ook de komende periode nadrukkelijk tijd en energie besteed moeten worden aan dit onderwerp. Daarnaast blijft ook aandacht nodig voor het drugsgebruik van kinderen. Extra zorgelijk daarbij is de combinatie met alcohol.

De gemeente is eindverantwoordelijke voor beleid en uitvoering van het project. Binnen het project wordt nauw samengewerkt met de Stichting Welzijn Deurne, de GGD, Novadic/Kentron en de politie. De gemeente heeft hierin een rol op het gebied van regelgeving en handhaving, maar is daarnaast vooral coördinerend en faciliterend.

De gemeente Deurne neemt ook deel aan het regionale bewustwordingsproject van het Samenwerkingsverband Regio Eindhoven(SRE) 'Laat je niet flessen'. Er wordt structureel voor gewaakt dat de beide campagnes elkaar niet concurreren maar juist elkaar aanvullen. Beide campagnes lopen door in de nieuwe beleidsperiode.

Voor de nieuwe beleidsperiode zijn roken en gokken ook als prioriteiten benoemd. Belangrijkste reden hiervoor is dat beide onderwerpen binnen een aantal activiteiten en programma's integraal kunnen worden meegenomen. Daarnaast krijgt roken vooral landelijk aandacht.

Conclusie

De gemeente Deurne heeft al in de vorige beleidsperiode haar verantwoordelijkheid genomen. De campagne 'Lekker fris in Deurne' loopt door in de volgende beleidsperiode. De algemene doelstelling van de campagne blijft daarin onverminderd overeind.

3. Overgewicht, gezonde voeding, sporten en bewegen

Onderbouwing

Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen, zowel volwassenen als kinderen, dat te zwaar is snel. De nieuwste cijfers over de toename van overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) bij kinderen zijn verontrustend. In 1980 had 1 op de 15 kinderen van 4 tot 14 jaar overgewicht, in 1997 was dit al 1 op de 8 à 9 kinderen. In de zes jaar daarna is dit verder toegenomen tot 1 op de 5 kinderen.

Ook in de landelijke preventienota 'Kiezen voor Gezond Leven' (rijksbeleid) is overgewicht vastgesteld als prioriteit voor het lokale gezondheidsbeleid met als ambitie: Gezond leven is lekker bewegen en genieten van gezond eten.

Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status (laag inkomen, goedkopere huisvesting, achterstand in gezondheid). Mensen met obesitas leven minder lang en vooral langer in slechte gezondheid. Mensen met overgewicht hebben een grotere kans op diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Daarnaast hebben zij vaak een negatief zelfbeeld en kunnen daarmee psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken.

Huidige stand van zaken

In de afgelopen periode is op dit thema vanuit lokaal gezondheidsbeleid, nog geen specifiek beleid ontwikkeld. Het thema heeft wel in samenhang met andere projecten en activiteiten waarbij leefstijl aan de orde is gekomen. Voorbeeld daarvan is 'Leefstijl in de wijk' voortvloeiend uit de 'Breedtesport'. Ook in het rapport 'Ouderenproof?' komen aanbevelingen om ontmoetingsmogelijkheden en bewegen terug. Uit de resultaten van de discussieavond is voortgekomen dat los van de activiteiten die er al ontwikkeld zijn, dit thema in de komende beleidsperiode prioriteit moet krijgen en dus terug moet komen in het uitvoeringsprogramma, uiteraard in relatie tot andere prioriteiten en beleidsontwikkelingen die niet specifiek vanuit lokaal gezondheidsbeleid voortkomen.

Het convenant Overgewicht, gesloten door de ministers van VWS en OCW met een aantal belangrijke partijen (supermarkten, zorgverzekeraars, georganiseerde sport e.d.) en de bijbehorende handleiding, biedt voor de gemeente een goede basis voor een betere lokale aanpak. Hierbij zal de aandacht vooral worden gevestigd op de thema's gezonde voeding en sporten en bewegen. Daarnaast zal de gemeente vanuit haar regiefunctie, inzetten op het vormen van een goed netwerk voor een gezamenlijke aanpak. Het creëren van draagvlak bij alle verantwoordelijke partijen (huisartsen, onderwijs, sport, winkeliers, diëtisten, JGZ e.d.) is hierbij de eerste stap.

Conclusie

Hoewel op dit moment al diverse projecten plaatsvinden en de resultaten uit de gezondheidsspeilingen zeker niet ongunstig zijn, is het van groot belang om ook de komende beleidsperiode aan dit onderwerp extra aandacht te besteden. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Bewegen is het beste medicijn voor menig gezondheidsprobleem zoals *overgewicht* en *diabetes*, *depressie*, hart- en vaatziekten, *chronische aandoeningen* zoals COPD etc.
- Sport heeft meerdere functies ('samen leren', ontmoetingsplaats etc.).
- Mensen met een laag inkomen kunnen gebruik maken van regeling(en) ter bevordering van sportparticipatie. Het geld hiervoor is beschikbaar maar hiervan wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt.
- Leg bij de aanpak van dit onderwerp een relatie met o.a. *naschoolse opvang*, *gezonde kantine*, *depressie*, *eenzaamheid* en *chronische aandoeningen e.d.*

Algemene doelstelling:

- *meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl (o.a. meer bewegen en gezond eten) door het aanbieden van projecten die de eigen verantwoordelijkheid van mensen hierin stimuleren en ondersteunen*

Doelstellingen voor de aanpak van overgewicht zijn:

- *het percentage kinderen met overgewicht daalt*
- *het percentage volwassenen met overgewicht stabiliseert*

Doelstellingen voor de aanpak van bewegingsstimulering:

- *Het faciliteren van mogelijkheden om binnen de gemeente meer te bewegen; bijv. door als gemeente te zorgen voor voldoende gemeentelijke (sport)voorzieningen en financiële ondersteuning van mensen met een laag inkomen.*

Specifieke doelgroepen zijn:

- *jeugd*
- *mensen met een lage sociaal economische status*
- *mensen met een chronisch ziekte (waaronder ook mensen met een psychiatrisch ziektebeeld)*

4. Overbelasting mantelzorg

Onderbouwing

Binnen de Wmo neemt de ondersteuning van mantelzorgers een erg belangrijke plaats in. De gemeente is verantwoordelijk voor een optimaal ondersteuningsaanbod voor deze groep (prestatieveld 4.). De druk op mantelzorgers of op mensen die andere vormen van informele zorg leveren, zal toenemen. Dat wordt door meerdere factoren veroorzaakt. Belangrijke oorzaken zijn de demografische ontwikkelingen, wachtlijsten voor aangepaste woonvormen en Awbz-voorzieningen, groei van het aantal dementerenden en de toenemende mate van de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor welzijn, wonen en zorg.

De diversiteit in type mantelzorgers (wat betreft hun eigen leeftijd, hun relatie tot de zorgvrager en het ziektebeeld zorgvrager) in Deurne, vraagt om een divers ondersteuningsaanbod.

Daarbij dient extra aandacht uit te gaan naar:

- Mantelzorgers die gedurende een lange tijd intensieve zorg leveren
- Jonge mantelzorgers
- Werkende mantelzorgers
- Mantelzorgers met een lage SES

Huidige stand van zaken

De afgelopen beleidsperiode zijn de knelpunten en mogelijkheden voor het totale gebied van informele zorg, waaronder mantelzorgondersteuning, in Deurne in beeld gebracht. Dit maakte deel uit van de voorbereidingen op het Wmo-beleidsplan. Draagvlak bij organisaties, zowel professioneel als vrijwilligers om een bijdrage te leveren aan de aanpak van deze knelpunten, is aanwezig.

De aanbevelingen zullen nog verder moeten worden uitgewerkt. In 2008 zal een projectplan worden gepresenteerd.

Concreet is er behalve de structurele inzet van het steunpunt mantelzorg (onderdel SWD) gerichte aandacht geweest voor jeugdige mantelzorgers met het project 'Petje af, de pilot voor dementerenden en hun mantelzorgers en is een start gemaakt met een project gericht op werkende mantelzorgers 'Baanbrekend'.

Conclusie

Gezien de huidige stand van zaken, de resultaten uit de gezondheidspeilingen en het belang van dit onderwerp binnen de Wmo (prestatieveld 4.) is het belangrijk dat het thema informele zorg, waaronder mantelzorg, de komende beleidsperiode binnen lokaal gezondheidsbeleid (afgestemd op het Wmo-beleid) structureel aandacht krijgt.

Doelstelling voor de aanpak mantelzorgondersteuning:

Instellen van een werkgroep die invulling gaat geven aan de ondersteuning van de informele zorg in Deurne nu en in de toekomst.

5. Eenzaamheid / sociaal isolement

Onderbouwing

Eenzaamheid is een subjectief ervaren gevoel van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Veel factoren beïnvloeden het hebben van sociale relaties en de steun die men ontvangt, o.a.: persoonlijkheid, gezondheid, opleidingsniveau, stedelijkheid en levensfase.

Huidige stand van zaken

De afgelopen beleidsperiode is zowel op regionaal als lokaal niveau uitvoering gegeven aan het voorkomen en doorbreken van eenzaamheid. Het *regionale project 'Eenzaamheid in beeld'* is geëvalueerd. Dit project was enerzijds gericht op het signaleren, motiveren en activeren van mensen in een sociaal isolement en anderzijds op het matchen vraag en aanbod. Het lokale project *'Deur(ne)sociaal open'* is in 2005 van start gegaan met financiële middelen van de gemeente en uit fondsenwerving. Het project is afgerond in oktober 2007 en geëvalueerd. Bereikt resultaat:

- huidig activiteitenaanbod is in beeld gebracht
- signalen- en routekaart ontwikkeld
- p.r. campagne uitgevoerd (folder en artikelenserie)
- 63 sleutelfiguren zijn getraind
- 270 vrijwilligers en professionals zijn geïnformeerd
- 48 'eenzame' burgers zijn bereikt en doorgeleid

Op basis van de eindevaluatie wordt een advies voorgelegd over de voortgang en de wijze van implementeren van de succesvolle onderdelen binnen de bestaande werkzaamheden van organisaties (o.a. gemeente -lokaal loket- en andere organisaties).

Op dit moment lijkt met name de groep ouderen in beeld. De komende beleidsperiode is extra aandacht nodig voor

- jongeren
- mensen die door gevoelens van onmacht niet in staat zijn zelfstandig uit hun isolement te komen als gevolg van bijv. een lage Sociaal Economische Status, chronische aandoening, psychiatrisch ziektebeeld e.d.

Conclusie

Het is belangrijk om de huidige aanpak van eenzaamheid ook de komende beleidsperiode te continueren. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Nieuwe activiteiten / producten waardoor mensen uit hun isolement worden gehaald.
- Eenzaamheid onder de jeugd
- Signalering en de rol van sleutelfiguren die dicht bij de doelgroep staan
- Leefbaarheid in de woonomgeving, ook in de kleine kernen, ontmoeting is een belangrijk item
- Financiële en fysieke toegankelijkheid van diensten, voorzieningen en gebouwen
- Woningbouw: bouwen in een andere setting met meer ontmoetingsmogelijkheden
- Sociale cohesie in de wijk of dorp

Doelstellingen voor de aanpak van eenzaamheid en sociaal isolement:

- De lokale aanpak van het project 'Deur(ne) sociaal open' wordt op onderdelen gecontinueerd.
- De succesvolle onderdelen worden geïmplementeerd binnen de reguliere werkzaamheden van de diverse organisaties met in de toekomst een centrale rol voor een loket voor cliëntondersteuning (Wmo prestatieveld 3)
- De betrokken regionale organisaties GGZ, GGD, MEE, De Zorgboog en Savant nadrukkelijker betrekken en aansturen op een ketenaanpak
- Relaties leggen met andere projecten / activiteiten die risicogroepen in beeld hebben of kunnen krijgen (bijv. buurtbeheer en integrale dorpsontwikkelingsprogramma's (IDOP) of met projecten die ontmoeting uitlokken (bijv. gezamenlijke eetpunten)

6. Toegang, bereikbaarheid en gebruik (zorg)voorzieningen

Onderbouwing

Het (gezondheids)zorgvoorzieningenniveau in Deurne is op dit moment op orde. Ook uit de GGD-gezondheidspeilingen blijkt dat de inwoners in belangrijke mate tevreden zijn met de aanwezigheid en dienstverlening van (1^{ste} lijns)voorzieningen. Hoewel er weinig klachten zijn blijven de huisartsenposten de aandacht trekken. Maar er bestaan ook risico's, die de tevredenheid aan kunnen tasten.

De fysieke en sociale toegankelijkheid van voorzieningen zowel op het gebied van zorg als op welzijnsterrein blijft een belangrijk item. Het is van belang dat mensen met een beperking van welke aard dan ook, ook deel kunnen nemen aan de maatschappij.

Huidige stand van zaken

Veranderingen in de zorg (onder andere verschuiving van financieringsstromen) kunnen er toe leiden dat het welzijn en de sociale en psychische gezondheid van mensen die zorg behoeven, in het geding komt. Dat kan vervolgens leiden tot (gezondheids)problemen zoals depressie, eenzaamheid, verwaarlozing e.d. Op dit moment kunnen thuiszorginstellingen problemen nog vroegtijdig signaleren (overbelasting mantelzorger, vereenzaming, stille armoede, toenemende vergeetachtigheid e.d.) en er bijvoorbeeld voor zorgen dat een niet mobiele zorgvrager gebruik kan maken van welzijnsactiviteiten. Door verschuiving van taken als gevolg van overheveling van die taken naar de Wmo kan die signaal-functie wegvallen, omdat per saldo minder professionele hulp ingezet wordt.

Aan de fysieke bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen wordt de nodige aandacht besteed, echter nog niet voldoende gestructureerd. Voor de sociale toegankelijkheid (bijv. dat verenigingen ontstaan voor mensen met een beperking) geldt dat daarop niet specifiek gestuurd wordt.

Bovengenoemde risico's moeten gezien worden in relatie tot het Wmo-beleid. Het verlenen van ondersteuning en voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer, staat daarin centraal.

Dienstverlening van huisartsen buiten kantooruren blijft een punt van aandacht. Dit is een verantwoordelijkheid van de huisartsen zelf. De rol van de gemeente hierbij is beperkt tot het onder de aandacht brengen signalen / knelpunten van haar burgers bij de betreffende beroepsgroepen en het bij elkaar brengen van partijen (vanuit haar regierol).

Conclusie

Ook vanuit lokaal gezondheidsbeleid prioriteit geven aan toegang, bereikbaarheid en gebruik van voorzieningen maar dan wel als onderdeel van de Wmo.

Doelstelling voor toegang, bereikbaarheid en gebruik (zorg)voorzieningen

Bevorderen van optimale deelname aan het maatschappelijk en zelfstadij functioneren van mensen met een beperking.

7. Het versterken van afstemming preventie en curatie in de 1^{ste} lijn

Onderbouwing

De rol van de curatieve zorg bij preventie krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. Uit onderzoek blijkt dat preventieve interventies door huisartsen meer kans hebben aan te slaan dan algemene voorlichting (RIVM/Nivel, 2005). Onderwerpen die zich hiervoor zeker lenen zijn depressie, eenzaamheid, overgewicht en diabetes, bewegingsstimulering, verantwoord medicijngebruik, chronische ziekten, valpreventie e.d. Er zijn veel interessante initiatieven op dit terrein, maar er liggen ook nog veel mogelijkheden onbenut.

Huidige situatie

In het project 'Korte lijnen' van de Deurnese 1^{ste} lijnsberoepsbeoefenaars wordt gekeken naar mogelijkheden voor 'Afstemming preventie en curatie (binnen de 1^{ste} lijn)'. Daarbinnen wordt speciale aandacht geschonken aan het steeds groter wordende belang van informele zorg en welzijnsvoorzienin-

gen. Ook cliëntondersteuning en het vanuit de 1^{ste} lijn kunnen terugvallen op een centraal punt voor informatie, advies en ondersteuning voor ketenaanpak worden als belangrijke thema's benoemd. Dat is de conclusie van de 1^{ste} lijn. Daarbij kan meer gebruik gemaakt worden van de rol en mogelijkheden van de praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. Een goede sociale kaart is een voorwaarde om de vragen van inwoners, patiënten en cliënten goed door te kunnen geleiden naar het beschikbare aanbod van (preventieve) diensten en activiteiten.

De aanpak van de eenzaamheidsproblematiek is een voorbeeld hoe de afstemming en samenwerking tussen organisaties in 1^{ste} lijn, vrijwilligersinitiatieven en welzijnsorganisaties versterkt kan worden.

Conclusie

Dit thema behoeft de komende beleidsperiode extra aandacht. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Voorkom versnippering in initiatieven
- Benut de rol en mogelijkheden van de praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. Maak voor nieuwe thema's gebruik van de mogelijkheden die het standaardenbeleid biedt; leg een relatie met de zgn. DBC's (= Diagnose Behandeling Concepten) voor diverse aandoeningen die in de thuiszorg worden gebruikt en met organisaties in de 2^{de} lijn (o.a. Elkerliek ziekenhuis)
- Zet nursepracticers die werkzaam zijn in de ouderenzorg breed in.
- Bevorder de samenwerking tussen cliëntondersteuning, welzijnswerk en de 1^{ste} lijn

Doelstellingen voor het versterken van afstemming preventie en curatie in de 1^{ste} lijn:

- Draagvlak creëren binnen de 1^{ste} lijn om patiënten te attenderen op het belang van een gezonde leefwijze.
- Het vergelijken van de verschillende methodieken die kunnen worden ingezet om meer aandacht te besteden aan preventie en vroegsignalering.
- Ondersteuningsaanbod creëren voor zowel patiënten als 1^{ste} lijnsberoepsbeoefenaars

3.3 Prioriteiten voor aanpak binnen lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011

In de vorige paragraaf is beschreven welke 7 thema's prioriteit hebben voor lokaal gezondheidsbeleid. Daarmee is niet gezegd dat ze ook allemaal binnen lokaal gezondheidsbeleid uitgevoerd moeten worden. Het is van belang om een selectie te maken uit de thema's die geprioriteerd zijn. Die selectie is de input voor het op te stellen uitvoeringprogramma voor de komende beleidsperiode.

1. Gezondheidsverschillen als gevolg van een lage sociaal economische status

Duidelijk is dat er gezondheidsverschillen bestaan als gevolg van een lage sociaal economische status. Middels het 'Sociaal Programma 2008-2010' worden maatregelen getroffen maar het thema gezondheid is daarbij niet specifiek in beeld. Op grond daarvan is van belang om vanuit een gezondheidsoogpunt extra input te leveren voor de invulling van het sociaal programma. Lokaal gezondheidsbeleid is daar een goed middel voor.

2. Schadelijk alcohol- en drugsgebruik in samenhang met drugsgebruik, roken en gokken

Hierbij is sprake van bestaand beleid en een lopend proces. Hoewel de prioriteit zeker nog aanwezig is, hoeft dit in de komende beleidsperiode geen speerpunt van nieuw beleid te zijn.

3. Overgewicht, gezonde voeding, sporten en bewegen

Gelet op de aard en de omvang van de problematiek vraagt dit thema om een gericht maar ook integrale aanpak in nauwe samenhang met diverse beleidsterreinen en gezondheidsthema's. Het primaat en coördinatie liggen binnen lokaal gezondheidsbeleid.

4. Overbelasting mantelzorg

Dit thema is als prestatieveld benoemd in de Wmo en zal daar verder worden uitgewerkt. Het gaat daarbij niet alleen om mantelzorgers maar om alle mensen die informele zorg leveren. Binnen lokaal gezondheidsbeleid heeft dit thema dus geen prioriteit.

5. Eenzaamheid / sociaal isolement

Hierbij is sprake van bestaand beleid en een lopend proces. Hoewel de prioriteit zeker nog aanwezig is, hoeft dit in de komende beleidsperiode geen speerpunt van nieuw beleid te zijn.

6. Toegang, bereikbaarheid en gebruik (zorg)voorzieningen

Dit thema is als prestatieveld benoemd in de Wmo en zal daar verder worden uitgewerkt. Binnen lokaal gezondheidsbeleid heeft dit thema dus geen prioriteit

7. Het versterken van afstemming preventie en curatie in de 1^{ste} lijn

Op dit thema is nog veel te winnen, zeker als daarbij ook het welzijnswerk wordt betrokken. Een benadering vanuit lokaal gezondheidsbeleid kan in samenhang met de betrokken partijen een verbetering te weeg brengen in de praktische samenwerking. Veel meer kan worden bereikt op het elkaar ondersteunen door een structuur te creëren voor zowel patiënten als 1^{ste} lijnsberoepsbeoefenaars. Ook dit is derhalve een thema voor de komende beleidsperiode.

Conclusie

Van de gestelde prioriteiten moeten de volgende thema's aangepakt worden in de komende beleidsperiode en waarvoor een uitvoeringprogramma opgesteld moet worden:

- Gezondheidsverschillen als gevolg van een lage sociaal economische status
- Overgewicht, gezonde voeding, sporten en bewegen
- Het versterken van afstemming preventie en curatie in de 1^{ste} lijn

3.4 Thema's met matige prioriteit

Het overzicht in 3.2 maakt duidelijk welke thema's binnen lokaal gezondheidsbeleid een matige of lage prioriteit hebben gekregen. In deze nota komen die verder niet meer aan de orde. Dit wil niet zeggen dat hieraan de komende beleidsperiode nauwelijks of geen aandacht wordt besteed. Veelal worden de thema's vanuit een ander beleidsveld als prioriteit benoemd. Lokaal gezondheidsbeleid kan daarbij ondersteunend zijn.

Het betreft de thema's:

- Mondgezondheid
- Depressie
- Chronische aandoeningen
- Medisch milieukundige zorg
- Verbeteren leefomgeving waardoor gezond gedrag wordt uitgelokt
- Opvoedingsondersteuning
- OGGZ: visievorming, huiselijk geweld en ouderenmishandeling
- Sociale weerbaarheid
- Seksueel risicogedrag

Hoofdstuk 4 Werkwijze en randvoorwaarden

De gemeenteraad heeft begin 2005 de nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2004-2007 vastgesteld. Daarin is vastgelegd dat na afloop van de eerste beleidsperiode een evaluatie wordt gehouden betreffende de:

- Organisatie- en uitvoeringsstructuur
- Aanpak van gezondheidsknelpunten (bijlage I);
- Gezondheidswinst.

4.1 Organisatie- en uitvoeringsstructuur

De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van het lokale beleid en heeft daarin een regisserende rol. In tegenstelling tot veel andere gemeenten kent Deurne geen lokale stuurgroep. De gemeente heeft de regie in eigen hand genomen en voor twee van de drie gestelde prioriteiten werkgroepen in het leven geroepen, te weten voor de thema's eenzaamheid en genotmiddelen. Voor het thema leefstijl is dat niet gebeurd omdat daar geen specifiek beleid op ontwikkeld is. Om de grote lijn te bewaken en daarop enige sturing te geven is op afroep een adviesgroep bijeen geweest. In de afgelopen beleidsperiode heeft de gemeente daar 5 keer een beroep op gedaan.

Die keuze is bewust gemaakt om relatief snel en doortastend te kunnen handelen met een minimale overlegstructuur.

De adviesgroep is als volgt samengesteld:

- Huisarts;
- SWD, staffunctionaris;
- GGD Brabant-Zuidoost;
- Zorginstellingen (Zorgboog en Savant)
- Wethouder gezondheidszorg;
- Beleidsambtenaar gezondheidszorg.

De conclusie is dat hiermee een functionele structuur is weggezet die aan de eisen en verwachtingen voldoet. Beperkt nadeel is dat gelet op de beperkte hoeveelheid overlegmomenten er niet echt sprake is van een consistente overlegstructuur.

De gemeente is primaathouder, ook in de uitvoering. Daarbij maken we wel gebruik van derden. Zo kan de gemeente jaarlijks een beroep doen op ondersteuning van GGD Brabant-Zuidoost: 110 uur adviseur LGB en 65 uur maatwerk gezondheidsbevordering.

Beschikbaar budget

De gemeente heeft voor de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid geen specifiek budget. De benodigde middelen zijn steeds onderdeel geweest van het bestaand beleid. Primair is een beroep gedaan op het werkbudget Lokaal Sociaal Beleid en incidentele middelen zijn ingezet vanuit jeugd- en veiligheidsbeleid. Daarnaast is voor verschillende projecten nog een beroep gedaan op derden, zoals de provincie, fondsen en woningbouwverenigingen.

Conclusie is dat met bestaande middelen invulling is gegeven aan lokaal gezondheidsbeleid. De verwachting is dat deze werkwijze ook voor de komende beleidsperiode voldoende financiële ruimte biedt.

4.2 Uitvoeringsprogramma lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011

Na vaststelling van de nota Lokaal gezondheidsbeleid moet een uitvoeringsprogramma worden opgesteld. Dit gebeurt aan de hand van de prioriteiten die in deze beleidsnota zijn gesteld. Het uitvoeringsprogramma wordt ter besluitvorming voorgelegd aan het college van burgemeester en wethouders. De gemeenteraad zal in kennis worden gesteld van het uitvoeringsprogramma.

4.3 Evaluatie nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011

Teneinde de mogelijke gevolgen van lokaal gezondheidsbeleid voor de bevordering van gezondheid te kunnen meten zal een evaluatie worden gehouden betreffende de:

1. Organisatie- en uitvoeringsstructuur: de taak, werkwijze en beleidsvoornemens van de zulen na afloop van de vierjaren periode worden geëvalueerd.
2. Aanpak van gezondheidsknelpunten: aan de hand van een overzicht van uitgevoerde activiteiten en projecten in de periode 2008-2011 zal in beeld worden gebracht welke gezondheidsknelpunten aandacht hebben gekregen.
3. Gezondheidswinst: de door de GGD Brabant-Zuidoost uitgevoerde gezondheidspeilingen voor jongeren, volwassenen en ouderen zullen worden gebruikt voor het 'meten van de gezondheid' van de Deurnese bevolking en de eventueel behaalde gezondheidswinst.

Lijst van gebruikte afkortingen:

Awbz	Algemene wet bijzondere ziektekosten
CBS	Centraal bureau voor de statistiek
IGZ	Inspectie gezondheidszorg
IPO	Interprovinciaal overleg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LGB	Lokaal gezondheidsbeleid
NIGZ	Nationaal instituut voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie
OCW	Ministerie van onderwijs, cultuur en wetenschappen
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
Ses	Sociaaleconomische status
SRE	Samenwerkingsverband regio Eindhoven
SWD	Stichting welzijn Deurne
Uvw	Unie van waterschappen
VNG	Vereniging Nederlandse gemeenten
VWS	Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wwb	Wet werk en bijstand