

Samen gezond in Leudal

lokaal gezondheidsbeleid gemeente Leudal
2008-2011



Versie: 21-8-2007

Inhoud

Voorwoord	4	
Hoofdstuk 1 Samenvatting		5
1.1	Inleiding	5
1.2	De inhoud	5
1.3	Beleidsvoornemens	5
1.4	Uitwerking	6
Hoofdstuk 2 Gemeenten en gezondheidsbeleid		7
2.1	Gezondheid op de agenda	7
2.2	Visie en definitie gezondheid	7
2.3	Rol van gemeenten	9
2.3.1	Gemeente als uitvoerder	9
2.3.2	Gemeente als regisseur	9
2.3.3	Gemeente als beleidsmaker	10
2.4	Wettelijk kader	10
2.4.1	Wet collectieve preventie volksgezondheid	10
2.5	Afstemming tussen curatieve zorg en preventie	12
2.6	Relevante ontwikkelingen	13
2.6.1	Maatschappelijke ontwikkelingen	13
2.6.2	Beleidsmatige ontwikkelingen	15
Hoofdstuk 3 WCPV en Wmo: samenhang in beleid		18
3.1	Inleiding	18
3.2	Relatie tussen WCPV en Wmo	19
3.3	Raakvlakken en verschillen tussen WCPV en Wmo	19
3.3.1	Doel	19
3.3.2	Doelgroep	20
3.3.3	Kernfunctie	20
3.3.4	Soort taken	20
3.3.5	Beleidssterreinen	20
3.3.6	Verantwoording	21
3.3.7	Financiering	21
3.3.8	Overheidssturing	21
3.3.9	Branche	21
3.3.10	Soort preventie	22
3.4	Conclusie	23
Hoofdstuk 4 Evaluatie lokaal volksgezondheidsplan Leudal- en Thornerkwartier 2004-2007		24
4.1	Inleiding	24
4.2	Themakeuze	24
4.3	Structuur	24
4.4	Conclusies en aanbevelingen	25
Hoofdstuk 5 De gezondheidssituatie van de bevolking in Leudal		27
5.1	Demografische gegevens	27
5.2	Belangrijkste gezondheidsproblemen	28
5.3	Risicogedrag en leefstijl	32
5.3.1	Roken	32
5.3.2	Alcohol en drugs	33
5.3.3	Lichamelijke inactiviteit	33
5.3.4	Onvoldoende groente- en fruitconsumptie	34

	5.3.5	Overgewicht en hoge bloeddruk	34
	5.3.6	Risicogedrag ouderen	35
	5.4	Milieuhinder	37
	5.5	Gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen	37
	5.6	Beleidsvoornemens ten behoeve van lokaal gezondheidsbeleid	37
Hoofdstuk 6		Openbare Geestelijke GezondheidsZorg (OGGZ)	40
	6.1	Inleiding in OGGZ	40
	6.2	Definitie OGGZ	40
	6.3	Taken gemeente(n)	42
	6.4	Doelgroepen OGGZ	42
	6.5	Risicofactoren en beschermende factoren	44
	6.6	OGGZ trap van uitval en herstel	45
	6.7	Samenhang en overlap met andere Wmo prestatievelden	47
	6.8	De praktijk	47
Hoofdstuk 7		AED	48
	7.1	Wat is een AED?	48
	7.2	Situatie binnen Leudal	48
	7.3	Rol en taak gemeente	48
Hoofdstuk 8		Beleidsvoornemens	48
	8.1	Inleiding	48
	8.2	Regie	48
	8.3	Integraal beleid	48
	8.4	Voorzieningen	48
	8.5	Jeugdgezondheidszorg	48
	8.6	Leefstijl	48
	8.7	OGGZ	48
	8.8	AED	48
Hoofdstuk 9		Literatuurverwijzingen en afkortingen	48

Bijlagen

Bijlage 1:	Evaluatie lokaal volkgezondheidsplan Leudal- en Thornerkwartier 2004-2007	48
Bijlage 2:	Allochtone bevolking naar leeftijd - Gemeente Leudal (1-1-2007)	48
Bijlage 3:	Interactieve bijeenkomst Integraal Gezondheidsbeleid voor de ambtenaren van de gemeente Leudal d.d. 06 juni 2007	48

Voorwoord

Voor u ligt de nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 getiteld: "Samen gezond in Leudal". De titel is afgeleid van de gemeentelijke slogan. Tussen de vier kernwaarden van de gemeente en het thema gezondheid bestaat een duidelijke wederkerige relatie. Daarnaast kunnen we slechts resultaat boeken door gezamenlijk de schouders eronder te zetten zowel intern als extern. Met partijen in het veld maar ook door initiatieven van inwoners.

De nota is de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid sinds de verplichting in 2003 die in de Wet collectieve preventie volksgezondheid is opgenomen. Om in termen van de jeugdgezondheidszorg te spreken: er was een baby geboren. Gemeenten werden geconfronteerd met een "nieuw" beleidsterrein waarop daadwerkelijk beleid gevoerd moest worden. Terugblikkend op de afgelopen periode kan ik concluderen dat weliswaar niet alle doelen gehaald zijn maar dat de gemeente een duidelijke groei heeft doorgemaakt. De baby is inmiddels groot geworden maar nog niet volgroeid. Het zal nog de nodige tijd en energie vragen om dit proces te voltooien. Maar om het moto van onze folder bij de geboortekoffer te citeren: "*Opvoeden doe je samen*".

H.J. van Bogget
Wethouder volksgezondheid

Hoofdstuk 1 Samenvatting

1.1 Inleiding

Gezondheid staat sinds jaar en dag op nummer één op de wensenlijst van vele burgers. Een goede gezondheid wordt in vrijwel elk onderzoek benoemd als het belangrijkste in het leven. Als we kijken naar alle aandacht van de media het afgelopen jaar is gezondheid nog steeds een hot item. Gemeenten hebben in het kader van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) een duidelijke taak binnen de openbare gezondheidszorg.

1.2 De inhoud

De gemeente Leudal hanteert de definitie van Wereld gezondheidsorganisatie als we spreken over gezondheid. In hoofdstuk 2 wordt deze definitie, die het fundament vormt voor het gezondheidsbeleid, uitvoerig uitgewerkt. Ook worden de verschillende rollen en taken van gemeenten nader beschreven. Verder wordt er aandacht geschonken aan de afstemming met de curatieve zorg en worden maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op het gezondheidsbeleid verdiept.

De invoering van de Wmo per 1 januari 2007 is één van de beleidsmatige ontwikkelingen die een nauwe samenhang heeft met de WCPV. De verschillen maar ook de overeenkomsten tussen beide wetten worden beschreven in hoofdstuk 3.

Zoals in het voorwoord geschreven is dit de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid voor de gemeente. Een terugblik op de vorige planperiode en de conclusies en aanbevelingen mogen hierbij niet ontbreken. Hoofdstuk 4 is hieraan gewijd.

Hoofdstuk 5 geeft een beschrijving van de gezondheidstoestand van de inwoners van de gemeente Leudal weer. De gemeente Leudal staat er landelijk en regionaal niet slecht voor maar ook binnen onze gemeente is er op onderdelen sprake van een negatieve trend. Dit hoofdstuk geeft de speerpunten voor de komende jaren weer.

De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is per 1 januari 2007 overgeheveld van de WCPV naar de Wmo. Gelet op de duidelijke relatie met het gezondheidsbeleid is er toch voor gekozen om het onderdeel te laten uitmaken van het gezondheidsplan. Hoofdstuk 6 geeft een eerste aanzet voor een OGGZ-beleid.

In hoofdstuk 7 wordt aandacht geschonken aan het fenomeen van de AED.

Tenslotte worden de beleidsvoornemens voor de komende vier jaren in het laatste hoofdstuk beschreven waarop in de volgende paragraaf een beknopte beschrijving van volgt.

1.3 Beleidsvoornemens

Voor de komende vier jaar zijn een zevental beleidsvoornemens geformuleerd. Eén van deze beleidsvoornemens is dat de gemeente Leudal haar regierol in het kader van de openbare gezondheidszorg wil waarmaken. Hierbij dient sprake te zijn van integraal beleid zowel binnen de organisatie van de gemeente maar ook tussen externe partijen in het veld onderling. Verder wil de gemeente Leudal de aanwezige (zorg)voorzieningen behouden en waar hiaten zijn een stimulerende en initiërende rol op haar nemen. Bovendien dient er geïnvesteerd te worden in

de jeugdgezondheidszorg als spil binnen het gemeentelijke jeugdbeleid en leefstijl voor alle doelgroepen van de bevolking (van jong tot oud). Ook dient de rol van de gemeente Leudal binnen het OGGZ-beleid versterkt te worden. Inwoners die in een ernstige probleemsituatie geraken, dienen tijdig te worden gesignaleerd en te worden ondersteund. Hierbij geldt dat wat we lokaal kunnen regelen doen we ook lokaal. Het laatste beleidsvoornemen heeft indirect te maken met de omvang van onze gemeente. Het feit dat wij de grootste gemeente van Limburg zijn voor wat betreft de oppervlakte is natuurlijk leuk. In de praktijk levert het echter ook problemen op ten aanzien van de reistijden van de ambulances. De gemeente Leudal ziet het als haar taak om in samenspraak met de plaatselijke EHBO-verenigingen maatregelen te treffen om de overlevingskans van haar inwoners bij een hartstilstand te vergroten.

1.4 Uitwerking

De genoemde beleidsvoornemens zullen jaarlijks worden uitgewerkt in uitvoeringsplannen waarbij getracht wordt zo SMART mogelijk te formuleren. Terugkoppeling over de stand van zaken en de bereikte resultaten zal jaarlijks plaatsvinden middels een jaarverslag. Ook zal tussentijds communicatie plaatsvinden over initiatieven en projecten die in het kader van de uitvoeringsplannen worden opgestart.

Hoofdstuk 2 Gemeenten en gezondheidsbeleid

2.1 Gezondheid op de agenda

Gezondheid staat sinds jaar en dag op nummer één op de wensenlijst van vele burgers. Een goede gezondheid wordt in vrijwel elk onderzoek benoemd als het belangrijkste in het leven.

In de praktijk blijken verschillende partijen (gemeentebestuurders, gemeenteambtenaren, professionals bij instellingen en burgers) verschillende definities van gezondheid te hanteren. Deze verschillen worden niet altijd als zodanig verwoord of onderkend, waardoor er uiteenlopende verwachtingen of zelfs misverstanden ontstaan. Vaak ook vindt er een vernauwing plaats van volksgezondheid naar gezondheidszorg. Reden te meer om het kader nog eens duidelijk te verwoorden. Vanuit gemeentelijk oogpunt is juist het traject dat vooraf gaat aan het ziek worden en het bevorderen en behouden van de gezondheid het meest interessant.

Gezondheid en beleid daaromtrent staan anno 2007 meer dan ooit op de politieke en maatschappelijke agenda, zowel landelijk als lokaal. Denk hierbij vooral aan de discussies over een rookvrije horeca, het toepassen van kortingen op premies voor de ziektekostenverzekering, de programma's op televisie en de "gezonde" keurmerken binnen de supermarkten.

2.2 Visie en definitie gezondheid

Een belangrijke voorwaarde voor het formuleren van gemeentelijk gezondheidsbeleid is het hebben van een visie op gezondheid. Wat verstaat de gemeente daaronder en hoe ziet zij haar rol op dit gebied. Vanuit een visie kan de gemeente ambities aangeven en doelstellingen bepalen.

Gezondheid is geen vaststaand gegeven, ook al worden de meeste mensen in Nederland gezond geboren. Het is een mooi startkapitaal, maar in de loop van het leven komen mensen risico's tegen die een bedreiging kunnen vormen voor hun gezondheid. Er doen zich echter ook kansen voor waarmee de gezondheid gehandhaafd kan blijven of verbeterd kan worden.

De gezondheidstoestand wordt bepaald door factoren van binnenuit en van buitenaf, zowel in negatieve als in positieve zin. Gezondheid wordt dus niet alleen beïnvloed door de gezondheidszorg, maar juist voor een groot deel door factoren die buiten dat domein liggen. Gezondheid wordt tegenwoordig dan ook veel breder opgevat dan louter de afwezigheid van ziekte of gebrek.

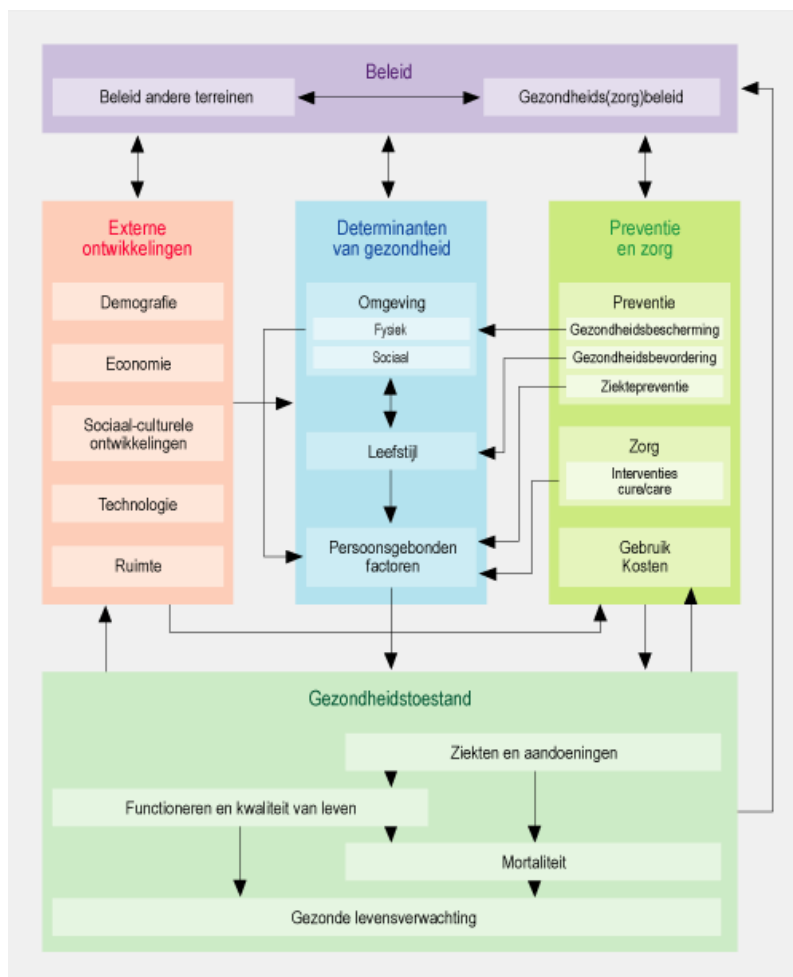
In Nederland wordt als gangbare definitie van gezondheid die van de World Health Organization (WHO) gehanteerd, waarin gezondheid wordt opgevat als 'een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden' waarbij het dus om meer gaat dan het afwezig zijn van ziekte of gebrek.

Bij een dergelijke brede definitie van gezondheid zijn een aantal determinanten te onderscheiden die de gezondheid beïnvloeden. In 1974 heeft de toenmalige minister van Gezondheid in Canada, Lalonde, een analysemodel ontwikkeld om gezondheid te 'verklaren' met behulp van factoren die er op van invloed zijn. Tot op de dag van vandaag biedt dit model een zeer bruikbare basis voor (lokaal) gezondheidsbeleid. Het gaat dan om:

- Biologische en erfelijke factoren → de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte;

- Omgevingsfactoren → de fysieke en sociale omgeving: wonen, milieu, veiligheid, werk etc.;
- Leefstijlfactoren → het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte;
- Gezondheidszorg → de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.

Voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) wordt gebruik gemaakt van een uitwerking van het model van Lalonde. In het blok *Gezondheidstoestand* is aangegeven dat ziekten en aandoeningen gevolgen kunnen hebben in termen van verminderd functioneren, vermindering van kwaliteit van leven, en soms van sterfte. Samen kunnen deze effecten uitgedrukt worden als *Gezonde levensverwachting*. In het blok *Determinanten van gezondheid* staan drie groepen determinanten buiten de zorg centraal: omgeving, leefstijl en persoonsgebonden factoren. De drie elementen van *Preventie* (gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie) hebben hun specifieke relatie met deze drie determinantgroepen. Het blok *Zorg* omvat aspecten als kwaliteit en toegankelijkheid, die van invloed zijn op de gezondheid, maar ook zaken die vooral het gevolg zijn van de gezondheidstoestand, zoals het gebruik van voorzieningen en de kosten. Bij de *Externe ontwikkelingen* gaat het om zaken die zich buiten het gezondheidsdomein afspelen maar wel, via de determinanten, invloed hebben op de gezondheidstoestand. Bij het blok *Beleid* denken we aan het gezondheids(zorg)beleid dat gericht is op de determinanten van gezondheid, vooral via preventie en zorg, maar ook aan integraal gezondheidsbeleid, dat zich bemoeit met andere sectoren (in het blok *Externe ontwikkelingen*) die op de gezondheid van invloed zijn.



Het uitgewerkte conceptuele model van de volksgezondheid.

De gemeente Leudal onderschrijft de brede definitie van gezondheid evenals de determinanten en de visie die daaraan verbonden is.

2.3 Rol van gemeenten

Sinds jaar en dag bekommeren gemeenten zich om de gezondheid van hun burgers. Enkele eeuwen geleden ging het dan vooral om het beschermen tegen (infectie)ziekten, bijvoorbeeld door te zorgen voor schoon drinkwater en riolering en om de zorg voor de zwakkeren in de samenleving. In de loop der tijd is er echter veel veranderd. We denken in onze moderne tijd bij gezond zijn niet alleen aan het ontbreken van ziekte. Gezondheid heeft nu een veel bredere betekenis: een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Tegenwoordig vind je in het gemeentelijk beleid op het terrein van volksgezondheid dan ook een diversiteit aan deeltherreinen: van opvoedingsondersteuning aan jonge gezinnen tot aan crisisopvang voor daklozen en van het ontmoedigen van alcoholmisbruik tot aan het bevorderen van de luchtkwaliteit. Sinds 1989 zijn de verantwoordelijkheden van gemeenten op het terrein van het gezondheidsbeleid ook wettelijk vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). In 2003 heeft een wijziging plaatsgevonden waarin de gemeentelijke rol nog nadrukkelijker is neergelegd. Deze wet verplicht alle Nederlandse gemeenten om actief beleid te voeren op het terrein van de volksgezondheid. De zes voormalige gemeenten binnen het Leudal- en Thornerkwartier hebben hieraan vorm gegeven door middel van de nota lokaal volksgezondheidsplan Leudal- en Thornerkwartier 2004-2007. Het is niet verwonderlijk dat juist de gemeentelijke overheid een zo belangrijke taak heeft op het terrein van de volksgezondheid. Het is immers de gemeente die direct invloed heeft op de leefomgeving van haar inwoners. Daarnaast is het ook op het niveau van de gemeente waar allerlei personen, instanties en verenigingen betrokken zijn bij een gezonde en veilige leefomgeving en de zorg voor medeburgers tot uitdrukking komt en verder kan worden gestimuleerd. Tenslotte is het op gemeentelijke niveau mogelijk om allerlei (beleids)initiatieven die van invloed zijn op de gezondheid met elkaar in verband te brengen en zelfs te integreren. De gemeente heeft dus verschillende rollen te vervullen op het terrein van de volksgezondheid.

2.3.1 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 GGD Noord - en Midden-Limburg. In de WCPV is geregeld dat elke gemeente een GGD in stand moet houden. De omvangrijkste gemeentelijke taken die o.a. de GGD uitvoert zijn de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Andere taken zijn onder andere gezondheidsbevordering en medische milieukunde. Daarnaast heeft ook de Thuiszorg Midden-Limburg een taak in het kader van de jeugdgezondheidszorg voor de doelgroep 0-4 jaar.

2.3.2 Gemeente als regisseur

Op grond van de WCPV moeten gemeenten 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. Zonder uitpuittend te willen zijn, worden hier een aantal genoemd:

- Instelling voor Verslavingszorg
- (Ambulante) Geestelijke Gezondheidszorg

- Welzijnsinstelling(en)
- Algemeen Maatschappelijk Werk
- Kerkelijk werk
- RIBW (begeleid wonen)
- St. MEE (begeleiding personen met een beperking) en anderen
- Steunpunt Mantelzorg
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg)
- Zorgverzekeraars
- Zorgkantoor
- Maatschappelijke Opvang (dak- en thuislozenzorg)
- Huisartsen
- Thuiszorginstellingen
- Woningcorporaties
- Ziekenhuizen
- Instellingen voor verpleging en verzorging

Van gemeenten wordt verwacht dat zij sturing geven aan de afstemming en samenwerking tussen al deze verschillende partijen. Dit is nodig om de inspanningen te kunnen bundelen, onnodige overlap in de activiteiten te voorkomen en eventuele hiaten in de aandacht voor de volksgezondheid op te vullen.

In het kader van de nota lokaal volksgezondheidsbeleid LTK is onder andere door het instellen van de regiegroep lokaal gezondheidsbeleid vorm gegeven aan deze regierol.

2.3.3 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 gemeenten opgenomen dat zij eens in de vier jaar hun beleid moeten vastleggen in een nota Gezondheidsbeleid. Binnen de gemeente Leudal is dit uitgewerkt in de nota lokaal volksgezondheidsplan LTK.

2.4 Wettelijk kader

2.4.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid

De basis voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid ligt in de WCPV. Deze wet geeft aan dat gemeenten elke vier jaar verplicht zijn een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid te schrijven. Ook beschrijft de WCPV waar gemeenten in hun beleid in ieder geval aandacht aan moeten besteden. Bovendien zijn in het kader van deze wet veel taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de collectieve preventie in medebewind gegeven aan gemeentelijke overheden. De bedragen die daarbij horen, zijn in het Gemeentefonds gestort. Gemeenten moeten de totstandkoming en de continuïteit van collectieve preventie bevorderen, evenals de samenhang binnen de collectieve preventie. Ook het stimuleren van de onderlinge afstemming tussen enerzijds de collectieve preventie en anderzijds de curatieve gezondheidszorg behoort tot de gemeentelijke taken. In de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid moeten gemeenten hun ambities en doelstellingen op het terrein van de openbare gezondheidszorg beschrijven, maar ook de manier waarop de gemeente vormgeeft aan de WCPV-taken. In onderstaande tabel worden deze taken schematisch weergegeven. Hierin staan de terreinen waarop de basistaken in het kader van de WCPV zijn vastgesteld en die in het gezondheidsbeleid moeten worden opgenomen. Verder worden de partijen in de gezondheidszorg beschreven waarmee afstemming dient plaats te vinden: aanbieders van zorg, cliënten en zorgverzekeraars.

En ten slotte worden de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen genoemd die van belang zijn in verband met het voeren van facetbeleid.

Afstemmen met de volgende partijen	Basistaken uit de WCPV	Facetbeleid
<ul style="list-style-type: none"> • Eerstelijnszorg • Ziekenhuizen • instellingen voor verpleging en verzorging • Patiënten/consumenten • Mantelzorg • Verzekeraars 	1 Medische milieukunde 2 Technische hygiënezorg 3 Infectieziektebestrijding 4 Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 5 Bevorderingstaken, te weten: <ul style="list-style-type: none"> • het verwerven van inzicht in de lokale gezondheidstoestand van de bevolking (epidemiologie) • het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen • preventieprogramma's en voorlichting 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderwijs • Sociale Zaken • Welzijn • Ouderen • Gehandicapten • Jeugd • Zorg • Ruimtelijke Ordening • Verkeer • Milieu • Sport

gezondheidsbeleid in perspectief

Binnen de WCPV valt onder de basistaak medische milieukunde onderzoek, advisering, signalering, het behandelen van vragen, klachten en meldingen en voorlichting op het terrein van milieu en gezondheid. Een voorbeeld hiervan is onderzoek naar de kwaliteit van natuurlijk zwemwater in een warme zomer.

Onder technische hygiënezorg vallen hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeage- en piercingstudio's, grote evenementen, seks- en relaxhuizen en instellingen die vallen onder de Wet op de jeugdhulpverlening.

Infectieziektebestrijding omvat algemene infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, SOA-bestrijding (waaronder AIDS), het geven van voorlichting en begeleiding met betrekking tot infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking over infectieziekten en bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten. Het risico op grootschalige epidemieën is aanzienlijk vergroot en gemeenten zouden volgens de IGZ hieraan meer aandacht moeten besteden. Door de toegenomen mondiale mobiliteit kunnen ziekteverwekkende micro-organismen zich in korte tijd over grote delen van de wereld verspreiden. Ook op de maatschappelijke gevolgen van een grootschalige epidemie moeten gemeenten zich beter voorbereiden. Hoe blijven kernsectoren functioneren als zoveel mensen door ziekte uitvallen en hoe kan de gemeente blijven doorwerken en waar liggen dan de prioriteiten?

Onder de Jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen wordt verstaan: het verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren en advies hieromtrent, gezondheidsvoorlichting aan jeugdigen en hun opvoeders, het vroegtijdig opsporen en

preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma, De IGZ constateert dat GGD'en, gezien de toename van psychosociale problemen bij jongeren, hierover te weinig gegevens verzamelen. Dit belemmert gemeenten bij het ontwikkelen van gericht beleid. De kwaliteit van de zorgverlening op dit terrein is onvoldoende en de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen bewaakt onvoldoende de continuïteit van zorg, vooral bij kinderen met problemen. De integratie van de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen stagneert volgens de inspectie. Niet alleen dient er binnen de jeugdgezondheidszorg nauw samengewerkt te worden. Voor de continuïteit van de zorg is veel meer samenwerking nodig tussen de jeugdzorg, de jeugdhulpverlening en reguliere jeugdvoorzieningen. Landelijk zijn er twee ontwikkelingen die zullen bijdragen aan samenhang van zorg en vroegsignalering: het elektronisch kinddossier en de verwijsindex. Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het EKD is de elektronische versie van het huidige papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet voor onderzoek komen. Er is een dringende maatschappelijke behoefte om de samenwerking en informatieuitwisseling rondom een jeugdige te verbeteren. Het systeem van de Verwijsindex is een hulpmiddel dat samenwerking bevordert en langs elkaar heen werken voorkomt. De Verwijsindex brengt risicosignalen van hulpverleners bij elkaar en informeert hen over elkaars betrokkenheid bij de jeugdige. Het EKD is één van de bronsystemen van waaruit de Landelijke Verwijsindex haar signalen ontvangt.

Bevorderingstaken omvatten o.a. het verzamelen en analyseren van epidemiologische cijfers en daarmee inzicht krijgen in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking en het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. Hierbij gaat het om een coördinerende en integrerende taak van de gemeente wat uitmond in facetbeleid. De GGD heeft hierin een adviestaak. Hierbij valt te denken aan gemeentelijke besluitvorming over ruimtelijke ordening (fietspaden, trapveldjes) en sport. Een andere bevorderingstaak is Gezondheidsbevordering. Onder gezondheidsbevordering wordt verstaan: op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking het uitvoeren van voorlichting- en preventieprogramma's, bijvoorbeeld gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Tevens zegt de WCPV nog dat het lokaal gezondheidsbeleid enerzijds de uitvoering van de WCPV door de GGD moet bevatten, maar anderzijds dat het gezondheidsbeleid onderdeel van het lokaal politiek debat moet zijn. De gemeentelijke nota's worden steeds kort na de gemeenteraadsverkiezingen uitgebracht, zodat de gemeenteraad hierover kan meebeslissen en het beleid in de daaropvolgende ambtsperiode kan worden uitgevoerd. Daar waar in andere gemeentelijke beleidsvisies al ingegaan wordt op onderdelen van gezondheidsbeleid kan de gemeente in de nota volstaan met verwijzen, zodat geen dubbel werk hoeft te worden gedaan (denk ook hier aan ruimtelijke ordening, ouderenbeleid, achterstandsbeleid, sportbeleid). Op dit moment wordt binnen de gemeente Leudal weinig tot geen aandacht gegeven aan het aspect gezondheid binnen andere beleidsterreinen.

2.5 Afstemming tussen curatieve zorg en preventie

Het bevorderen van onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de (curatieve) zorg is een van de taken uit de WCPV. Er is sprake van een spanningsveld tussen enerzijds bovenstaande taak die de gemeente heeft op het gebied van de volksgezondheid en

anderzijds het ontbreken van een aantal bevoegdheden. Formeel heeft de gemeente immers geen zeggenschap over partijen in de gezondheidszorg zoals huisartsen en ziekenhuizen. Het omgekeerde geldt ook. Andere partijen kunnen de gemeentelijke werkzaamheden niet sturen. Gemeenten en zorgaanbieders zullen dus door overleg en onderhandeling moeten zoeken naar mogelijkheden om problemen in gezamenlijkheid aan te pakken of te voorkomen. Natuurlijk heeft de gemeente wel mogelijkheden om de onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en (curatieve) zorg te bevorderen; daar maakt zij ook gebruik van. Afhankelijk van de situatie of het probleem dat zich voordoet, heeft de gemeente verschillende rollen, variërend van financier, planner, makelaar en beleidsmaker tot trekker en uitvoerder. In de verschillende fasen van een activiteit kunnen (en zullen) de rollen veranderen. Als de gemeente zich bijvoorbeeld met veel enthousiasme sterk maakt om een bepaalde activiteit van de grond te krijgen dan hoeft dit nog niet te betekenen dat de gemeente de rol van trekker moet blijven vervullen. Een andere partij kan deze rol later eventueel overnemen.

Kijkend naar ontwikkelingen in het zorgaanbod dan is die van (dreigende) tekorten aan 1e lijnshulpverleners als huisartsen, consultatiebureau-artsen en zelfs tandartsen een zorgwekkende ontwikkeling. Hoewel de gemeenten hierover geen beslissingsmacht hebben, is het wel een probleem dat aandacht moet krijgen in het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid. Ook in de tweede lijn worden dergelijke tekorten meer zichtbaar, bij het verpleegkundig personeel is dit al jarenlang een gegeven. Op dit moment is binnen de gemeente Leudal de ontwikkeling van gezondheidscentra zeer actueel.

2.6 Relevante ontwikkelingen

Diverse maatschappelijke- en beleidsmatige ontwikkelingen van de afgelopen en komende jaren hebben invloed op de vraag naar en aanbod en inrichting van de (gezondheids)zorg. Aan een aantal ontwikkelingen wordt in het navolgende extra aandacht besteed.

2.6.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

Bij maatschappelijke ontwikkelingen spelen 3 tendensen een rol: demografisch, sociaal-cultureel en economisch.

Demografisch heeft zich in de tweede helft van de 20ste eeuw een ontwikkeling voltrokken die zich uit in een toename van de Nederlandse bevolking van 10 miljoen in 1950 tot 16 miljoen in 2001. Het RIVM houdt ook voor de periode 2000-2020 rekening met een toename van de Nederlandse bevolking, en wel met 1,6 miljoen personen. De bevolking zal verder vergrijzen en daarbij tekent zich een dubbele vergrijzing af. Dat wil zeggen dat er meer ouderen komen en dat deze ouderen ook een hogere leeftijd bereiken. De door Etil opgestelde prognoses voor de gemeente Leudal sluiten aan bij het landelijke beeld. In 2007 vormt de groep 65+ 16,8% van de totale bevolking. In 2035 is het aandeel van deze groep gegroeid tot maar liefst 33,5%. Het aandeel jeugd van 0-14 jaar neemt weliswaar af van 17,2 % in 2007 naar 14,8 % in 2030 maar de daling blijft beperkt. Vanaf 2035 is er voor Leudal weer sprake van een lichte stijging. Ook landelijk tekent zich een 'ontgroening' af, omdat er minder kinderen werden geboren. Omdat bij het stijgen van de leeftijd de gemiddelde gezondheid afneemt en het aantal chronische ziekten toeneemt, heeft deze ontwikkeling directe gevolgen voor het gezondheidsbeleid.

Een andere belangrijke (sociaal-)demografische ontwikkeling is de toename van het aandeel van allochtone bevolkingsgroepen in de Nederlandse samenleving. Het RIVM verwacht dat in 2020 een kwart van de bevolking zal bestaan uit westerse en niet-westerse allochtonen. Het aandeel van niet-westerse allochtonen zal 15% van de bevolking bedragen.

Ook zal het aantal huishoudens flink toenemen, niet alleen door de groei van de bevolking maar ook door verkleining van de huishoudens. Het aandeel alleenstaanden zal landelijk gezien tot 2020 groeien van 15% naar 18%.

Voor het gezondheidsbeleid betekent dit onder meer dat er rekening moet worden gehouden met een andere vraag naar zorg en met een andere benadering van doelgroepen in preventie.

Als belangrijke *sociaal-culturele ontwikkelingen* kunnen worden genoemd: het verder inlopen van de onderwijsachterstand van vrouwen op mannen, (verdere) toename van het opleidingsniveau van de 15 – 65-jarigen (potentiële beroepsbevolking), toenemende individuele keuzevrijheid, verkleining van huishoudens, verzelfstandiging van de leden van die huishoudens, op maat gesneden sociale zekerheid en arbeidsvoorwaarden, meer woningen, meer ruimtebeslag en meer auto's. Het RIVM verwijst naar het Sociaal Cultureel Planbureau waar dit stelt dat de individualisering leidt tot informalisering: grotere gelijkheid, verdwijnen van gezagsverhoudingen (met gezagsproblemen en respectconflicten als neveneffecten) en van klassieke instituties als kerk en politieke partij.

Verder wordt rekening gehouden met een verdere vervaging van de scheidslijn tussen werk en thuis, vrije tijd en arbeid, en met de behoefte aan intensivering van "beleven en ervaren". Schnabel van het SCB wijst erop dat aan het begin van de 21e eeuw bovendien verschillende uitdrukkingsvormen te zien zijn: ontremming door middelengebruik, agressie als groepsgedrag en een hoge waardering van seksualiteit en sport.

Een hoger opleidingsniveau gaat in het algemeen samen met een betere gezondheid maar: "De keerzijde van de overige sociaal-culturele ontwikkelingen is dat meer mensen gevoelens van stress, eenzaamheid en gebrek aan sociale steun zullen ervaren. Bij het ontstaan van dergelijke vormen van psychische ongezondheid zouden ook de sterke verstedelijking en snelle veranderingen een rol spelen".

Deze ontwikkelingen hebben uiteraard gevolgen voor de zorg. Bijvoorbeeld: vraag naar opvoedingsondersteuning, inzet van vrijwilligers en mantelzorgers, netwerkvorming binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) waar het gaat om de toename van het aantal dak- en thuislozen, verslaafden, ex-psychiatrische patiënten en zorgwekkende zorgmijders.

Bij de *sociaal-economische ontwikkelingen* wordt vooral stil gestaan bij twee punten. In de regio Midden-Limburg, als overwegend plattelandsgebied, kunnen vooral ontwikkelingen binnen de landbouwsector grote gevolgen hebben. De problematiek in deze sector, denk aan de varkenspest (2001) en de vogelgriep (2003), is niet louter van economische aard maar laat ook soms diepe psychische sporen achter bij de mensen die in deze sector hun brood verdienen.

Bovendien vraagt de tweedeling die zich binnen de Nederlandse bevolking aftekent, extra aandacht binnen het gezondheidsbeleid. Bekend is namelijk dat groepen mensen met een lagere sociaal economische status (SES) een lagere levensverwachting hebben en over het algemeen minder jaren van hun leven in goede gezondheid doorbrengen. Mensen met een laag inkomen leven gemiddeld 3 tot 4 jaren korter en zij brengen bovendien maar liefst 15 jaren minder door in goede gezondheid dan mensen met een hoger inkomen.

2.6.2 Beleidsmatige ontwikkelingen

Wet maatschappelijke ondersteuning

Een ontwikkeling die qua relevantie misschien wel het eerst genoemd moet worden is die van de vermaatschappelijking van de zorg. De rijksoverheid streeft in haar beleid naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid van mensen met lichamelijke, verstandelijke en geestelijke beperkingen. De nadruk ligt op zorg en dienstverlening op maat (bijvoorbeeld persoonsgebonden budgetten) en in de eigen vertrouwde omgeving. De invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning per 1 januari 2007 sluit aan op dit streven. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de samenhang tussen de WCPV en de Wmo.

Extramuralisering van vooral de geestelijke gezondheidszorg ligt hier dicht tegenaan. Gemeenten hebben daardoor een grotere betrokkenheid gekregen met de Openbare Geestelijke GezondheidsZorg (OGGZ). Organisaties in de regio moeten van de Rijksoverheid zorgen voor een uniform basisaanbod, waarin voorzien wordt in crisisopvang, dak- en thuislozenzorg, bemoeizorg, preventie en psychosociale hulpverlening bij rampen. In hoofdstuk 6 wordt uitgebreid ingegaan op de relatie tussen OGGZ en lokaal gezondheidsbeleid.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)

“Zorg voor gezondheid, de vierde Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)” brengt opnieuw een grote hoeveelheid actuele informatie samen over gezondheid, preventie en zorg in Nederland. De Nederlander is weer wat gezonder geworden, maar het kan nog beter. Zo zijn ongezond gedrag en overgewicht, vooral bij de jeugd, een bron van zorg voor de gezondheid in de toekomst. Ook worden binnen Nederland grote verschillen in gezondheid en gezondheidsrisico's aangetroffen tussen regio's of buurten. Gezondheidsachterstanden hangen vaak samen met sociaal-economische achterstanden en andere ongunstige kenmerken van de leefomgeving. Preventie zal zich daarom niet alleen op het individu moeten richten, maar evenzeer op de sociale en ruimtelijke aspecten van de omgeving. Ook andere sectoren zoals onderwijs, ruimtelijke ordening en sociaal-economisch beleid moeten waar mogelijk betrokken worden bij het gezonder maken van Nederland en zijn inwoners. De uitgaven voor zorg zijn de afgelopen jaren flink gestegen, maar de gezondheidszorg heeft in de achterliggende decennia ook veel bijgedragen aan een langer leven in goede gezondheid. En die betere gezondheid betekent ook meer zelfredzaamheid, meer deelname aan de samenleving en uiteindelijk minder beroep op langdurige zorg. Toch is nog winst te boeken op het terrein van patiëntveiligheid, ketenzorg en vooral ook effectieve preventie en zorg. Overigens zijn er plannen om in de toekomst VTV's te maken op regionaal (lees GGD) niveau. In de GGD-regio's Hart voor Brabant en West-Brabant is een pilot uitgevoerd.

Nota "kiezen voor gezond leven"

De minister van VWS geeft elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie aan, zoals de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) vereist. De nieuwste nota “Kiezen voor gezond leven” gaat vooral over een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid. Een sterke inzet op gezond leven is noodzakelijk: de gezondheid van Nederlanders verslechterd door roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht.

In de nota geeft het kabinet de zes belangrijkste volksgezondheidsproblemen aan: psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, kanker, ziekten bewegingsapparaat, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes.

Deze hoofdproblemen zijn gekozen op basis van de volgende criteria:

- het zijn omvangrijke gezondheidsproblemen,
- met grote (toekomstige) maatschappelijke gevolgen voor gebruik van medische voorzieningen en arbeidsdeelname,

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

Het kabinet geeft in de nota aan dat de volgende speerpunten zijn gekozen, omdat ze een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van onze belangrijkste volksgezondheidsproblemen. Deze speerpunten zijn tevens richtinggevend voor de prioriteiten in gemeenten:

- roken
- schadelijk alcoholgebruik
- overgewicht (bewegen en voeding)
- diabetes
- depressie

Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft ook aanzienlijke wijzigingen ondergaan, nadat via de WCPV de verantwoordelijkheid voor het begeleiden, bewaken en beschermen van de gezondheid van de jeugd van 0 tot 19 jaar onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid is komen te vallen.

Onder de regie van de gemeenten in de regio Noord- en Midden-Limburg moet afstemming plaatsvinden tussen de thuiszorgorganisaties van Noord- en Midden-Limburg en de GGD om tot een basistakenpakket en een maatwerkdeel JGZ te komen. Het Productenaanbod Publieke Gezondheid (PPG) is een eerste stap richting deze gewenste integraliteit. Binnen de plannen voor het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) vormt de jeugdgezondheidszorg de spil. In samenwerking met de gemeenten Nederweert en Weert zal een gemeenschappelijke visie worden opgesteld ten aanzien van het CJG. Meer energie zal moeten worden gestoken in de informatie en adviesfunctie in het kader van de opvoedingsondersteuning.

Prestatie-indicatoren

Er zijn prestatie-indicatoren ontwikkeld door de rijksoverheid voor toezicht op de openbare gezondheidszorg. Met de prestatie-indicatoren kunnen GGD'en en Thuiszorg JGZ organisaties zich verantwoorden. De cijfers geven de overheid inzicht in zowel de prestaties van GGD'en en thuiszorgorganisaties, hun bijdrage aan de lokale gezondheidsdoelen als de kwaliteit van de geleverde publieke gezondheidszorg. De indicatoren worden ook gebruikt bij de jaarlijkse maatschappelijke verantwoording richting burgers. Met de invoering van de indicatoren zal ook tegemoet gekomen worden aan het eerder genoemd gebrek aan informatie vanuit GGD en thuiszorginstellingen voor gemeente om beleid te kunnen voeren. Controle op naleving vindt plaats door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Herijking WCPV

Het eerste conceptwetsvoorstel spreekt van de Wet publieke gezondheid (Wpg). De Wpg zal drie wetten gaan omvatten: de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet en Quarantainewet. Centrale aanleiding voor het opstellen van de nieuwe wet vormt de infectieziektebestrijding. De huidige taken en bevoegdheden zijn verspreid over de eerder genoemde drie wetten. In het wetsvoorstel wordt uitgegaan van een voortzetting van de uitvoeringsverantwoordelijkheid van de gemeenten bij de infectieziektebestrijding. Daarnaast wordt er een taak toegevoegd voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om een

geharmoniseerde aanpak mogelijk te maken in bepaalde nader omschreven situaties. Voor wat betreft de "oude" WCPV verandert er weinig. In het kader van de jeugdgezondheidszorg wordt het gebruik van het elektronisch kinddossier verplicht gesteld.

Gezondheidsmonitor nieuwe stijl

Eens in de vier jaren wordt een enquête uitgevoerd door de GGD onder de doelgroepen jeugd, algemene bevolking en senioren (55+). Door gemeenten is aangegeven dat de informatie die vergaard wordt wel voldoet maar de bruikbaarheid gelet op de houdbaarheid van de gegevens slechts beperkt is. Daarom is besloten om te onderzoeken of het mogelijk is een monitor nieuwe stijl te ontwikkelen waardoor gemeenten op ieder moment over de meest actuele informatie kunnen beschikken op alle WCPV-terreinen. Daarnaast kan een discussie plaatsvinden over de gewenste onderwerpen die gemonitord moeten worden. De gezondheidsmonitor nieuwe stijl vormt tevens de basis voor de toekomstig op te stellen regionale VTV. Volgens planning dient begin 2008 een start te worden gemaakt met de monitor nieuwe stijl.

Hoofdstuk 3 WCPV en Wmo: samenhang in beleid

3.1 Inleiding

Per 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning in werking getreden. De Wmo biedt één wettelijk kader voor maatschappelijke zorgverlening en vervangt daarmee delen van de Welzijnswet, de Wet voorziening gehandicapten (Wvg), delen van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en enkele daarmee samenhangende subsidieregelingen. De kern van de Wmo is dat iedereen meedoet aan de samenleving. Maar dit is niet vanzelfsprekend voor alle mensen omdat zij daar belemmeringen bij tegenkomen. De gemeente heeft hierin de taak om de nodige ondersteuning te bieden. De WCPV en de Wmo kunnen elkaar hierbij aanvullen en versterken. De Wmo kent negen prestatievelden:

Prestatieveld	
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 het 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 en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer
7	Het bieden van maatschappelijke opvang waaronder vrouwenopvang
8	Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen
9	Het bevorderen van het verslavingsbeleid

De inwerkingtreding van de wet maakt herijking van bestaand beleid en het afstemmen met aanpalende beleidsterreinen noodzakelijk. Gezondheid is één van die beleidsterreinen. Binnen de Wmo ligt er de verplichting om een 4-jarlijks beleidsplan op te stellen. In het kader van de integraliteit is het noodzakelijk om de koppeling met het gezondheidsbeleid tot uitdrukking te brengen.

3.2 Relatie tussen WCPV en Wmo

De WCPV en de Wmo hebben diverse raakvlakken met elkaar, vooral op het gebied van bevorderingstaken. Je kunt de wetten zien als twee onlosmakelijk met elkaar verbonden pijlers. Vanzelfsprekend zijn er ook verschillen. Schematisch kunnen beide wetten kort worden samengevat in een aantal termen. De grijs gemarkeerde onderdelen geven de verschillen aan die tussen de verschillende wetten bestaan:

	WCPV	Wmo
Initiatief	<ul style="list-style-type: none"> • bij de gemeenten • Maatschappelijke hulpvraag • Collectief belang (publiek domein) • Actief, ongeraagd, anticiperend 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij de gemeenten en het individu • Naast maatschappelijke hulpvraag, ook individuele hulpvraag • Consumentenbelang • Actief, ongeraagd, anticiperend, passief, gevraagd en reactief
Doel	De gezondheid van alle burgers bevorderen	Alle burgers maatschappelijk mee laten doen
Doelgroep	Alle burgers	Alle burgers
Kernfuncties	Gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en Ziektepreventie	Het bieden van ondersteuning om maatschappelijk te kunnen participeren
Soort taken	Beleids-, bevorderings- en uitvoeringstaken	Beleids-, bevorderings- en uitvoeringstaken
Beleidssterrein	Raakt alle beleidsterreinen	Raakt alle beleidsterreinen
Verantwoording	Nota LGB 4 jaarlijks	Nota Wmo 4 jaarlijks
Financiering	Hoofdzakelijk gemeente	Hoofdzakelijk gemeente
Overheidssturing	Gematigd decentraal, regie gedeeltelijk bij gemeenten	Sterk decentraal, regie volledig bij gemeenten
Branche	Preventie, cure	Preventie, care, welzijn en wonen
Soorten preventie	Primaire en secundaire	Primaire, secundaire en tertiaire
Gezondheidsaspecten	Fysieke, sociale en psychische (nadruk op publieke gezondheid)	Sociale, psychische en fysiek (nadruk op welbevinden)

De raakvlakken en verschillen worden verder uitgewerkt in paragraaf 3.3

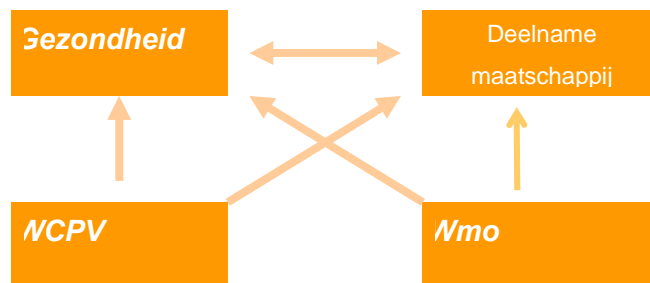
3.3 Raakvlakken en verschillen tussen WCPV en Wmo

Per term zal dieper worden ingegaan op de raakvlakken en verschillen om zodoende een nog duidelijker beeld te geven van de relatie tussen WCPV en Wmo.

3.3.1 Doel

De Wmo heeft ten doel het mogelijk maken van maatschappelijke participatie. De WCPV richt zich op de bevordering van de gezondheid. Uitgaande van de brede definitie van gezondheid (WHO) betekent dat maatschappelijke ondersteuning gezien kan worden als een bijdrage aan de bevordering van die gezondheid. Andersom kan gezondheidsbevordering ook bijdragen aan maatschappelijke participatie. Het overstijgende doel van beide wetten is de bevordering van kwaliteit van leven van burgers (zie figuur).

Kwaliteit van leven



WCPV en WMO onmisbare pijlers voor kwaliteit van leven

3.3.2 Doelgroep

Beide wetten, zowel de WCPV als de Wmo hebben alle burgers als doelgroep. De beide wetten zijn bedoeld voor zowel kwetsbaren als niet-kwetsbaren, dat betekent voor burgers die al dan niet fysieke, psychische of sociale beperkingen hebben. De WCPV beantwoordt met name de maatschappelijke hulpvraag, de Wmo geeft tevens gehoor aan individuele hulpvragen.

3.3.3 Kernfunctie

Een belangrijk verschil tussen de WCPV en de Wmo is, dat de WCPV-taken, veelal plaatsvinden voordat er sprake is van een probleem waarvoor hulp nodig is. De taken binnen de WCPV bevinden zich in het publieke domein en dienen het collectieve belang. De Wmo, met als doel maatschappelijke ondersteuning, gaat eveneens uit van een maatschappelijke hulpvraag, maar tevens van concrete en individuele vragen van burgers die een probleem hebben. Bovendien worden de prestatievelden binnen de Wmo voor een deel uitgevoerd door private partijen die onderhevig zijn aan marktwerking.

3.3.4 Soort taken

De taken die de Wmo aan de gemeente opdraagt zijn net als bij de WCPV te onderscheiden in bevorderings-, uitvoerings- en beleidstaken. Door middel van bevorderingstaken op onder andere het gebied van de samenhang en leefbaarheid in buurten en wijken, deelname aan het maatschappelijk verkeer, verslaving en gezondheid, geeft de gemeente permanent aandacht aan maatschappelijke ondersteuning cq. collectieve preventie. Bij de WCPV zijn infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg uitvoeringstaken. Alle Wmo-prestatievelden hebben uitvoeringstaken in zich. Prestatieveld 6, het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen is bij uitstek een uitvoeringstaak.

3.3.5 Beleidsterreinen

De zorg voor maatschappelijke ondersteuning raakt net als de zorg voor volksgezondheid aan allerlei andere (gemeentelijke) beleidsterreinen zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer. Beslissingen die op deze terreinen worden genomen, beïnvloeden de prestatievelden binnen de Wmo, maar ook de taken binnen de WCPV. Beide wetten streven naar een lokaal samenhangend beleid. De WCPV stelt zelfs de taak om gezondheidsaspecten in (alle) bestuurlijke beslissingen te bewaken. Integraal of facetbeleid is een strategie om samenhangend beleid binnen zowel de Wmo als de WCPV te bereiken.

3.3.6 Verantwoording

De gemeenten zijn voor zowel de WCPV taken, als voor de Wmo taken verplicht verantwoording af te leggen middels een nota lokaal gezondheidsbeleid of een nota Wmo eens per 4 jaar. Tussen beide nota's bestaat overlap als het gaat om activiteiten op het gebied van preventie, care en welzijn.

3.3.7 Financiering

Beide wetten worden voor het grootste deel uit overheidsgeld betaald. De basis voor de financiering van zowel de gemeentelijke Wmo-taken, als de WCPV-taken is het gemeentefonds.

3.3.8 Overheidssturing

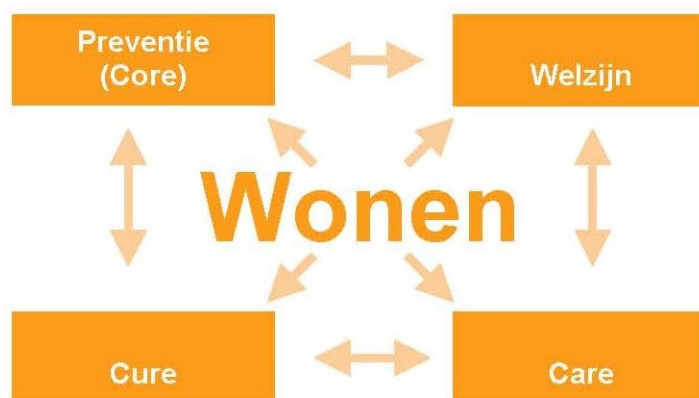
De wetten kennen verschillende vormen van overheidssturing. De WCPV wordt gematigd decentraal gestuurd en de Wmo sterk decentraal. Veel taken vanuit de WCPV zijn nader uitgewerkt in wettelijke voorschriften. De Wmo geeft echter slechts de kaders aan en het is aan gemeenten om hier lokale invulling aan te geven.

3.3.9 Branche

Binnen de prestatievelden van de Wmo gaat het om preventie, zorg (care), welzijn en wonen. De WCPV gaat met name over preventie en tot op zekere hoogte curatie (cure). De raakvlakken tussen de Wmo en de WCPV liggen met name op het preventieve vlak. Preventie, cure en care zijn eigenlijk opeenvolgende stadia in het (ziekte)proces.

Preventie gebeurt voordat een ziekte optreedt, zich manifesteert of verergert. Bij preventie gaat het erom ziekten te voorkomen, maar ook om de gezondheid van de bevolking te handhaven en te verbeteren. Dit betekent onder andere bevorderen dat mensen optimaal functioneren, zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal. De term preventie zal in de toekomst vervangen worden door *core* (oftewel de basis, de kern van de gezondheidszorg). Vervolgens gaat het er bij *cure* om de ziekte te genezen, en bij *care* om de kwaliteit van leven te verbeteren of te handhaven als men ziek of hulpbehoevend is. Ook een aantal onderdelen van *welzijn* hangt samen met preventie en zorg (*core*, *cure* en *care*). *Welzijn* is gericht op de bevordering van maatschappelijke participatie, sociale samenhang en het creëren van een vangnet voor de zwakkeren in de samenleving. Onder *welzijn* valt een aantal zaken die zeer dicht tegen zorg aanzitten, zoals de individuele voorzieningen Wmo, het Algemeen Maatschappelijk Werk en de maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Preventie (*core*), *cure*, *care* en *welzijn* zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Wat in de ene branche gebeurt, heeft consequenties voor de andere branches. Naast *core*, *cure*, *care* en *welzijn* is er nog een branche die in toenemende mate een rol speelt, namelijk *wonen*. Mensen blijven steeds langer zelfstandig wonen; thuis of in kleine groepswoningen. Er zijn dan ook meer woningen, zorg en diensten nodig voor mensen die zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen (zie figuur). De scheidslijn tussen de verschillende branches is in de praktijk niet zo duidelijk.

Een burger met beperkingen kan met alle branches in aanraking komen. Preventieve interventies zijn veelal terug te vinden in andere branches dan die van preventie. Zo is er preventie binnen de zorg (bijvoorbeeld decubitus (doorligwonden) preventie), binnen de care / wonen (bijvoorbeeld valpreventie bij ouderen in verpleeghuizen), binnen *welzijn* en sport (bijvoorbeeld bevordering van de lichamelijke activiteiten) en binnen de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg (bijvoorbeeld preventie van psychische aandoeningen).



Preventie (core), cure, care en welzijn zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Wat in de ene branche gebeurt, heeft consequenties voor de andere branches.

3.3.10 Soort preventie

Preventie wordt ingedeeld naar fasen. Er bestaat onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventie heeft als doel het voorkomen van ziekten, maar ook het bevorderen van de gezondheid. De doelgroep bij primaire preventie is de gezonde populatie. Een goed voorbeeld betreft de voorlichting over leefstijl (roken, drinken, bewegen en voeding). Secundaire preventie heeft als doel ziekten in een vroeg stadium op te sporen. Daardoor kan de ziekte eerder worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte is bij deze personen nog niet vastgesteld. Als voorbeeld kan genoemd worden de SOA-poli waar mensen zich kunnen laten testen op geslachtsziekten. Tertiaire preventie is een vorm van zorg die erop gericht is beperkingen van mensen op te heffen, te reduceren of te compenseren. Het gaat hier om het zelfredzamer maken van mensen bij wie de ziekte al is vastgesteld, om zo hun kwaliteit van leven te verhogen (bijv. door het aanpassen van een huis, het verstrekken van een rollator of rolstoel). Het voorkomen van complicaties en verergering van de ziekte, valt eveneens onder tertiaire preventie.

Prestatievelden 4, 5 en 6 binnen de Wmo zijn vooral gericht op die zogenaamde tertiaire preventie (mantelzorg, vervoersvoorziening, hulp bij het huishouden, maaltijdvoorzieningen, etc.). De wet richt zich bij deze prestatievelden op het opheffen, reduceren en compenseren van de sociale, fysieke en/of psychische beperkingen van met name de kwetsbare mensen in de samenleving, maar ook van diegene die hen weer ondersteunen.

De andere prestatievelden binnen de Wmo richten zich vooral op primaire en secundaire preventie. Zo kan bijvoorbeeld de ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en ouders met problemen met opvoeden voorkomen dat er onomkeerbare problemen ontstaan. Ditzelfde geldt voor het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning. Hier gaat het om mensen die al dan niet al een probleem hebben die voorkomen of gestabiliseerd kan worden door middel van informatie, adviezen of ondersteuning (prestatieveld 3). Het bevorderen van de sociale samenhang in en de leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten kan als primaire preventie worden gezien.

De taken binnen de WCPV richten zich met name op primaire en secundaire preventie. De Wmo en WCPV overlappen elkaar dan ook met name op het gebied van primaire en secundaire preventie.

Prestatievelden gerelateerd aan soorten preventie		
1	Leefbaarheid en sociale samenhang in buurt en wijk	Primair
2	Preventieve voorzieningen voor jeugd	Primair/secundair
3	Informatie en advies en cliëntondersteuning	Secundair/tertiair
4	Ondersteuning mantelzorg en vrijwilligers	Secundair/tertiair
5	Participatie van mensen met beperkingen	Tertiair
6	Voorzieningen voor mensen met beperkingen	Tertiair
7, 8 en 9	Maatschappelijke /vrouwenopvang/OGGZ/verslavingsbeleid	Secundair/tertiair

3.4 Conclusie

De relatie tussen de WCPV en de Wmo geeft tevens inzicht in het belang van preventie. Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt. Binnen de Wmo lijkt vooralsnog veel aandacht uit te gaan naar de zichtbare individuele Wmo-voorzieningen, zoals huishoudelijke hulp aan chronisch zieken. Veel (gezondheids) winst is te behalen wanneer men vroeg in het (ziekte)proces ingrijpt. Om te voorkomen dat (te veel) inwoners een beroep doen op de Wmo-voorzieningen en de gemeente om financiële (krapte)redenen de aandacht richten op individuele voorzieningen, is het van belang dat de gemeente Leudal investeert in de preventietaken binnen beide wetten, de (collectieve) preventie-activiteiten die voorafgaan aan cure, care en welzijn.

Hoewel het niet altijd mogelijk is, is het van belang te voorkomen dat burgers beperkingen krijgen in welke zin dan ook. Om de gezondheid te bevorderen, te voorkomen dat mensen gezondheidsbeperkingen krijgen of om hun huidige toestand te handhaven, moet er inzicht zijn in het ziekte/'beperkings'proces. En daarmee inzicht in de mogelijkheden om vroegtijdig in te grijpen door middel van preventie. De resultaten van preventie zijn vaak pas zichtbaar op lange termijn. Het in beeld brengen van mogelijkheden van preventie op verschillende momenten in het ziekte/'beperkings'proces (oftewel preventieketen) kan daarbij van groot belang zijn.

Een gezonde Wmo betekent aandacht hebben voor de WCPV als onmisbare pijler naast de Wmo ter bevordering van de kwaliteit van leven van burgers, maar ook kiezen voor een goede balans tussen zichtbare zorg op korte termijn versus minder zichtbare preventie op de lange termijn. Voorkomen is nog altijd beter èn goedkoper als genezen en verzorgen!

Hoofdstuk 4 Evaluatie lokaal volksgezondheidsplan Leudal- en Thornerkwartier 2004-2007

4.1 Inleiding

De zes voormalige gemeenten in het Leudal- en Thornerkwartier, te weten Haelen, Heel, Heythuysen, Hunsel, Roggel en Neer en Thorn hebben in 2002 bestuurlijk de voorkeur uitgesproken voor een gezamenlijk gezondheidsplan. Besloten werd de opdracht tot het maken van het plan te verstrekken aan de Regio Noord- en Midden-Limburg, bureau Coördinatie en Beleidsondersteuning met ondersteuning van de GGD Noord- en Midden-Limburg. Eind 2003 is het lokaal gezondheidsplan vastgesteld in de raden van genoemde gemeenten. In februari 2006 is er een einde gekomen aan het samenwerkingsverband met de gemeenten Heel en Thorn aangezien zij te kennen gaven geen prioriteit te geven aan het gezondheidsbeleid in verband met de aankomende herindeling. De vier andere gemeenten hebben wel het traject voortgezet.

4.2 Themakeuze

Het volksgezondheidsplan Leudal- en Thornerkwartier 2004-2007 is totstandgekomen door interactieve sessies met professionele instellingen en vrijwilligersorganisaties. Deze werkwijze heeft een breed scala aan knelpunten opgeleverd. Uit deze knelpunten werd een keuze gemaakt gelet op de beperkte tijd en middelen. De keuze was gevallen op de volgende 5 thema's:

- 1-loket
- communicatie
- opvoedingsondersteuning
- leefstijl
- gezondheidseffectscreening

Voor een verdere uitwerking van de thema's en de bereikte resultaten wordt verwezen naar bijlage 1.

4.3 Structuur

Ter uitvoering van de nota was gekozen voor een eenvoudige structuur waarbij de regiegroep de grote lijnen uitzette en bewaakte. Onder de regiegroep functioneerden werkgroepen op onderdelen: gekozen was om per bovengenoemde thema één werkgroep te formeren, die een duidelijke opdracht meekreeg. De regiegroep had de volgende taken:

- het profileren en uitdragen van de eigen visie op gezondheid van de gemeenten in het Leudal- en Thornerkwartier met als uitgangspunt het lokaal volksgezondheidsplan LTK 2004-2007;
- het bewaken van de voortgang, samenhang en koppeling met andere beleidsthema's van het proces;
- het vertalen van de beleidsvoornemens in doelstellingen.

De regiegroep bestond gedurende de planperiode uit de volgende deelnemers: gemeenten, St. Welzijn, GGD Noord- en Midden-Limburg, Regio Noord- en Midden-Limburg, RIAGG Midden-Limburg, Thuiszorg Midden-Limburg en Algemeen Maatschappelijk Werk.

Ambtenaren van de deelnemende gemeenten werden als voorzitters aangewezen van de werkgroepen, aangevuld met organisaties en instellingen, zowel professionele als vrijwilligers. In februari 2006 zijn de werkgroepen opgeheven als gevolg van het niet goed functioneren en is één ambtenaar namens de vier gemeenten aangewezen als kartrekker voor de uitvoering van het volksgezondheidsplan 2004-2007.

4.4 Conclusies en aanbevelingen

Concluderend mag worden gesteld dat de doelen slechts beperkt zijn gehaald. De oorzaak hiervoor ligt vooral aan de procesmatige kant. In 2005 is een rapport verschenen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg¹. In 2006 heeft ook de GGD Noord- en Midden-Limburg een rapport opgesteld waarin veel punten nogmaals worden onderstreept². Veel van de in de rapporten genoemde knelpunten zijn ook van toepassing op het traject binnen onze gemeente(n).

- de gemeenten hebben hun rol als regisseur en financier van de collectieve preventie onvoldoende waar gemaakt doordat het beleid niet consistent is en de uitvoering onzeker;
- planning van de implementatie is weinig concreet geweest waardoor eerst een langdurig traject moest worden doorlopen om te komen tot concretisering van de uitvoeringsplannen met als gevolg dat de nota op minder draagvlak kon rekenen;
- het bestuurlijke en politieke draagvlak was onvoldoende aanwezig. Er werd geen prioriteit gegeven aan de uitwerking van de in de nota gestelde doelen;
- het ambtelijk apparaat was onvoldoende toegerust om de taken uit te voeren;
- het samenwerkingverband van de zes gemeenten bleek uiteindelijk geen versterkende werking te hebben maar eerder een verlamdende. Het spreekwoord vele handen maken licht werk was hier niet van toepassing;
- de nota lokaal gezondheidsbeleid is tot stand gekomen in de periode dat gemeenten fors moesten bezuinigen. De financiering was onvoldoende gewaarborgd.

De nota lokaal gezondheidsbeleid heeft ook tot positieve ontwikkelingen geleid:

- de gemeentelijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg en de GGD is verbeterd;
- als gevolg van de nota staat preventie op de (politieke) agenda;
- het overleg met partners is geïntensiveerd;
- de aandacht voor facetbeleid is toegenomen;
- de regiegroep Lokaal Gezondheidsbeleid heeft zich bewezen als een goed platform voor uitwisseling van informatie, het afstemmen van ontwikkelingen en projecten vanuit verschillende invalshoeken.

¹ Deelrapport: "De gemeenten zijn veel meer betrokken bij de openbare gezondheidszorg, ze moeten nu meer zelf uitvoeren. Resultaten van het toezicht op de gemeentelijke betrokkenheid 2004"

² Beleidsmonitor Lokaal Gezondheidsbeleid Regio Noord- en Midden-Limburg

Aanbevelingen

Op de planperiode 2004-2007 kan vooral worden teruggezien als een zeer leerzame periode. De 6 voormalige gemeenten in het Leudal- en Thornerkwartier werden plotsklaps geconfronteerd met een “nieuw” beleidsterrein waarop zij beleid moesten formuleren. Hoewel deze gemeenten ook voor 2003 taken en verantwoordelijkheden hadden op het terrein van volksgezondheid spitste die zich toch vooral toe op de financiële aansturing en bleef de inhoudelijke aansturing grotendeels achterwege. Door de ervaringen die zijn opgedaan kan de gemeente Leudal een nog belangrijkere partner zijn in de openbare gezondheidszorg. Bij het uitvoeren van de nota 2008-2011 zullen met de volgende factoren rekening moeten worden gehouden:

- de gemeente Leudal heeft een duidelijke regierol inzake de collectieve preventie. Ingestoken moet worden op het realiseren van de samenhang binnen het gezondheidsbeleid en met de aanpalende beleidsgebieden, het initiëren en implementeren van vernieuwingen en het optimaliseren van de synergie en solidariteit tussen uitvoeringsorganisaties die in ketens samenwerken. Regievoeren vraagt om een open communicatie tussen alle betrokkenen en een constant investeren in draagvlak en betrokkenheid. Regievoeren is een nieuwe rol voor de gemeente en vraagt nieuwe vaardigheden van bestuurders en ambtenaren. De organisatie dient hiervoor te worden toegerust;
- er dient een eigen (kwalitatief goed) geformuleerd beleid te worden opgesteld waarbij lokale omstandigheden voldoende aandacht krijgen. Voor aanvang van de planperiode dient de kadernota uitgewerkt te worden in de vorm van uitvoeringsplannen;
- zorg voor een goede (consistente) financiering voor uitvoering van de beleidvoornemens;
- geef de regiegroep lokaal gezondheidsbeleid een duidelijke positie in het besluitvormingsproces;
- geef het beleidsterrein binnen de gemeentelijke organisatie een duidelijke positie waardoor veel verbetering bereikt kan worden door bewuster om te gaan met het facet volksgezondheid binnen andere beleidsterreinen;
- bij de uitwerking van de plannen voor een Wmo-loket dient ook nadrukkelijk aandacht te zijn voor het aspect gezondheid;
- geef communicatie een duidelijke positie binnen de organisatie. Communiceer bovenal op projectmatige basis en betrek hierbij ook de informatiebronnen van relevante partners;
- in de Wmo vormt opvoedingsondersteuning een prestatieveld apart. Uitgaande van de 5 functies van preventief jeugdbeleid (informatie en advies, signalering, toeleiding tot hulpaanbod, pedagogische hulp, coördinatie van zorg) dienen waar mogelijk subregionaal (OOGO Jeugd Westelijk Midden-Limburg) initiatieven te worden ontplooid. Ouder(s) en kind(eren) dienen zo veel mogelijk lokaal te worden bediend. Als gevolg van het productenaanbod publieke gezondheid is er nu sprake van één visie voor GGD en Thuiszorg. Maak gebruik van de integrale jeugdgezondheidszorg en zorg waar wenselijk voor een doorgaande lijn van 0-19;
- leefstijl is bij uitstek het onderwerp waarop gemeenten lokaal beleid kunnen voeren. Op basis van epidemiologische gegevens moeten speerpunten worden benoemd. Het nieuwe productenaanbod publieke gezondheid geeft hiervoor een aanzet. Inzet van lokaal georiënteerde projecten specifiek gericht op de doelgroep;
- gezondheid is niet alleen een zaak van de vakafdeling. Andere afdelingen spelen eveneens een belangrijke rol in de fysieke en of sociale omgeving, met andere woorden: er dient sprake te zijn van integraal en solidair beleid.

Hoofdstuk 5 De gezondheidssituatie van de bevolking in Leudal

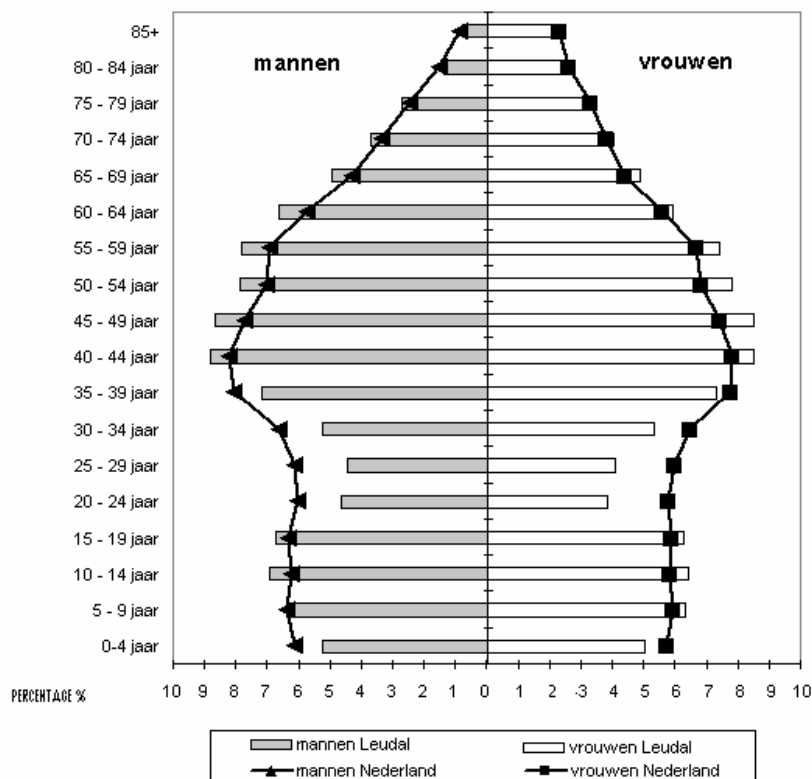
In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de gezondheidssituatie van de inwoners van de gemeente Leudal. Door de gegevens van deze gemeente, voor zover deze beschikbaar zijn, af te zetten tegen die uit de totale regio Noord- en Midden Limburg, de provincie Limburg en de rest van Nederland ontstaat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

Eerst wordt kort ingegaan op de demografische gegevens. Vervolgens worden de gezondheidsproblemen en de risicogedragingen besproken. Gebruik wordt gemaakt van de meest recent beschikbare cijfers die afkomstig zijn van de GGD Noord- en Midden Limburg, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

5.1 Demografische gegevens

Op 1 januari 2007 bestond de bevolking van Leudal uit 36.818 inwoners: 18.538 (50,4%) mannen en 18.280 (49,6%) vrouwen. In figuur 1 is de leeftijdsopbouw van de bevolking in Leudal, uitgesplitst naar geslacht, weergegeven. Daarbij is een vergelijking gemaakt met de opbouw van de Nederlandse bevolking. De bevolkingsopbouw in Leudal verschilt iets met die in Nederland: zo zijn er naar verhouding minder inwoners in de leeftijd van 20 tot en met 39 jaar en meer inwoners in de leeftijd van 40 tot en met 69 jaar.

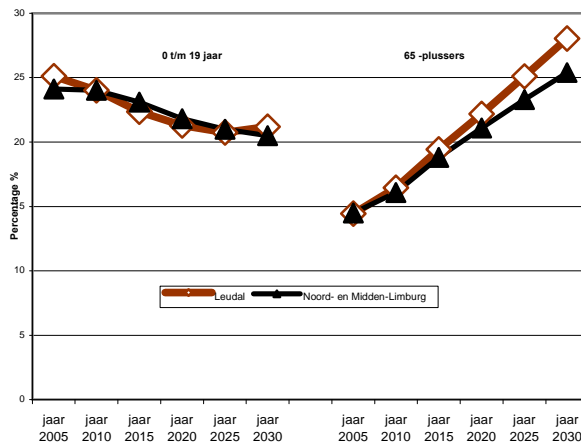
Figuur 1: Bevolkingspiramide Leudal (peildatum=1 januari 2007) (bron: CBS)



In Leudal is 24,6% van de bevolking jonger dan 19 jaar en 15,4% is 65 jaar of ouder. Door de toenemende vergrijzing in de regio en het land zal ook in Leudal in de komende jaren het percentage ouderen fors toenemen. Vanwege de ontgroening van de bevolking in Nederland, is er ook in Leudal een daling in het percentage jongeren te verwachten.

Dit is in figuur 2 voor de gemeente Leudal zichtbaar gemaakt tot en met het jaar 2030. De stijging van het aandeel 65-plussers zal iets sterker zijn dan gemiddeld in de regio Noord- en Midden Limburg. Dit zal dan ook leiden tot een toename van de zorgvraag.

Figuur 2: Bevolkingsprognose percentage 0 t/m 19 jarigen en 65-plussers in Leudal (Bron: E,til 2003)



Ruim 10% van de bevolking uit Leudal is niet van Nederlandse afkomst. Dit zijn de westerse en niet-westerse nationaliteiten bij elkaar. 1,8% van de allochtonen is van niet-westerse afkomst. Zie bijlage 2 voor een totaal overzicht van de allochtone bevolking in Leudal.

5.2 Belangrijkste gezondheidsproblemen

Uit de Gezondheidsmonitor 2003* van de GGD Noord- en Midden Limburg blijkt dat de gezondheid van de inwoners van de Leudal op bepaalde gebieden positief afsteekt ten opzichte van de rest van Limburg en zelfs van Nederland. Minder dan 1 op de 8 inwoners ervaart zijn/haar gezondheid als matig tot slecht tegenover bijna 1 op de 5 Limburgers en Nederlanders. Uit provinciale cijfers blijkt dat mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) en ouderen, hun gezondheid vaker als matig tot slecht beoordelen. Uit landelijke cijfers blijkt dat mensen met een lagere SES ook vaker een mindere gezondheid hebben dan degenen met een hogere SES. Dat men de eigen gezondheid 'goed' noemt, wil nog niet zeggen dat er geen gezondheidsproblemen zijn. In Leudal blijkt in de maanden voorafgaand aan het moment van de gezondheidsenquête dat de helft van de mensen contact heeft gehad met de huisarts. Eén op de vijf inwoners heeft contact gehad met een medische specialist. Dit komt overeen met regionale en provinciale gegevens. Hierin is ten opzichte van de vorige gezondheidsmonitor in 1998 geen verandering in te zien.

*in de Gezondheidsenquête 2003 zijn niet specifiek OGGZ thema's aan de orde gesteld. Wel zijn enkele algemene vragen gesteld die van toepassing zijn op de gehele volwassen bevolking. Momenteel wordt er nog geen OGGZ monitor uitgevoerd door de GGD. Dit betekent dat er nog weinig inzicht is in de omvang en de situatie van deze specifieke aandachtsgroep.

De belangrijkste gezondheidsthema's zijn:

- hart- en vaatziekten
- kanker
- ziekten met ademhalingsproblemen
- suikerziekte
- algemene gezondheidstoestand waaronder aandoeningen aan het bewegingsapparaat
- psychische problematiek

Benadrukt moet worden dat de gezondheidsthema's ook onderling kunnen samenhangen. Zo kan iemand met hartproblemen ook psychische problemen ondervinden. Cijfermatig is dit echter niet te onderbouwen.

In de volgende subparagrafen staat beschreven in hoeverre de inwoners uit Leudal deze aandoeningen hebben of eraan zijn overleden. De sterftcijfers die beschikbaar zijn omvatten de periode van 1999-2003. Van de huidige gemeente Leudal is geen sterftcijfer bekend, maar wel van de voormalige individuele gemeenten Haelen, Heythuysen, Hunsel en Roggel en Neer. De sterftcijfers, ook sterftcijfers aan diverse ziekten zoals kankersterftencijfers zijn afkomstig van het CBS.

Door middel van het bepalen van een sterfte-index kan de regionale sterfte vergeleken worden met de landelijke sterftcijfers. Deze index corrigeert daarbij voor het verschil in leeftijdsopbouw tussen de regio en Nederland. Een sterfte-index van 100 betekent dat de sterfte voor de regio overeenkomt met de sterfte in Nederland. In de voormalige gemeente Haelen is bij vrouwen als bij de mannen sprake van een verhoogde sterfte-index van 116 respectievelijk 147. Men spreekt hierbij van 'oversterfte'. Deze oversterfte wordt hoogstwaarschijnlijk verklaard door de aanwezigheid van zorginstellingen (o.a. Hornerheide en Magdalena) waar veel ouderen zijn opgenomen. De sterftcijfers in de voormalige gemeenten Heythuysen, Hunsel en Roggel en Neer zijn lager dan of gelijk aan het sterftcijfer in Nederland.

• **Hart- en vaatziekten**

De belangrijkste doodsoorzaak in Nederland is hart- en vaatziekten: 34% van de sterfte wordt hierdoor veroorzaakt. Zes procent van de bevolking lijdt aan één van deze aandoeningen. De sterfte aan hart- en vaatziekten is voor mannen in de regio Noord- en Midden gelijk aan die in Nederland. Bij de vrouwen is er sprake van een lichte oversterfte (sterfte-index: 105) in de regio, maar deze verhoging is niet terug te zien in de voormalige gemeenten in Leudal. Door de verouderende bevolking en een 'slechtere' leefwijze van burgers zal het aantal patiënten met hart- en vaatziekten in de toekomst sterk toenemen met ongeveer 40% in het jaar 2020.

• **Kanker**

Kanker is na hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak. De sterfte-index van kanker bij mannen in de regio Noord- en Midden is gelijk aan die bij mannen in Nederland. Gemiddeld gezien zijn in de periode 1999-2003 9% minder vrouwen in de regio overleden aan kanker in vergelijking met de rest van Nederland. Echter in de voormalige gemeente Hunsel zien we bij de mannen een uitschieter van 46% meer sterftegevallen ten gevolge van kanker. Hier dient wel rekening te houden dat het gaat om kleine absolute aantallen inwoners in die gemeente,

waardoor bij correctie naar leeftijd en geslacht eerder grote verschillen bestaan. Over het algemeen wijken de sterftcijfers in Leudal niet af van het Nederlandse niveau.

- **Ziekten met ademhalingsproblemen**

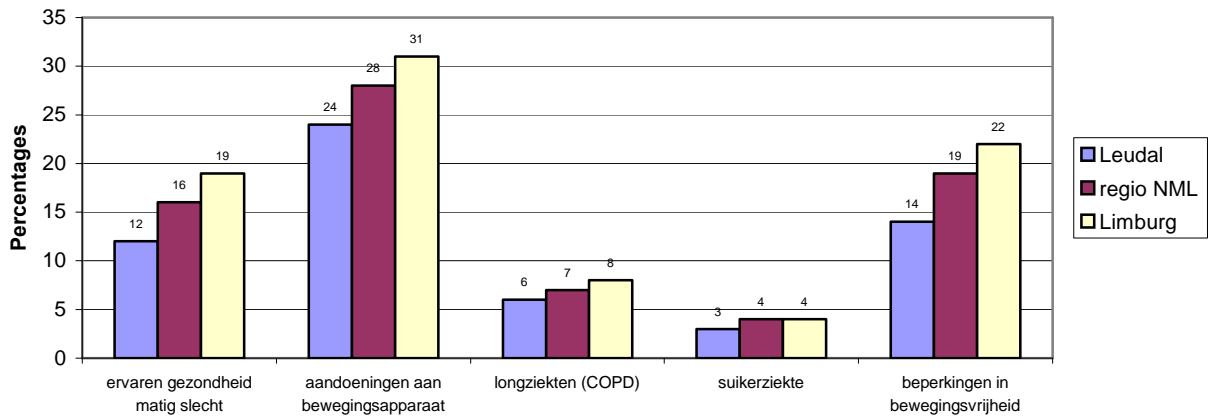
Ten opzichte van Nederland en de Regio Noord- en Midden Limburg zijn in voormalige gemeenten van Leudal evenveel of minder mannen overleden aan ziekten van de ademhalingswegen; de sterfte van vrouwen aan deze ziekten is gelijk aan die in Nederland en de regio. CARA en astma zijn voor een deel verantwoordelijk voor deze sterfte. De belangrijkste risicofactor hierin is roken.

- **Suikerziekte (diabetes)**

De sterfte aan suikerziekte is voor zowel de mannen als de vrouwen in de voormalige gemeenten van Leudal gelijk aan die in Nederland. Veel mensen met suikerziekte weten niet dat ze deze ziekte hebben en worden daarom ook nog niet behandeld. Uit regionale cijfers blijkt dat het hebben van diabetes onder de bevolking in 2003 ten opzichte van 1998 is verdubbeld (2% - 4%). Hoewel het percentage inwoners met suikerziekte in Leudal iets lager is (3%) dan in de rest van Limburg zal hier ook sprake zijn van een stijgende trend. Omdat het krijgen van deze ziekte sterk samenhangt met het oplopen van de leeftijd, zal het aantal inwoners met suikerziekte met de vergrijzing toenemen.

- **Algemene gezondheidstoestand**

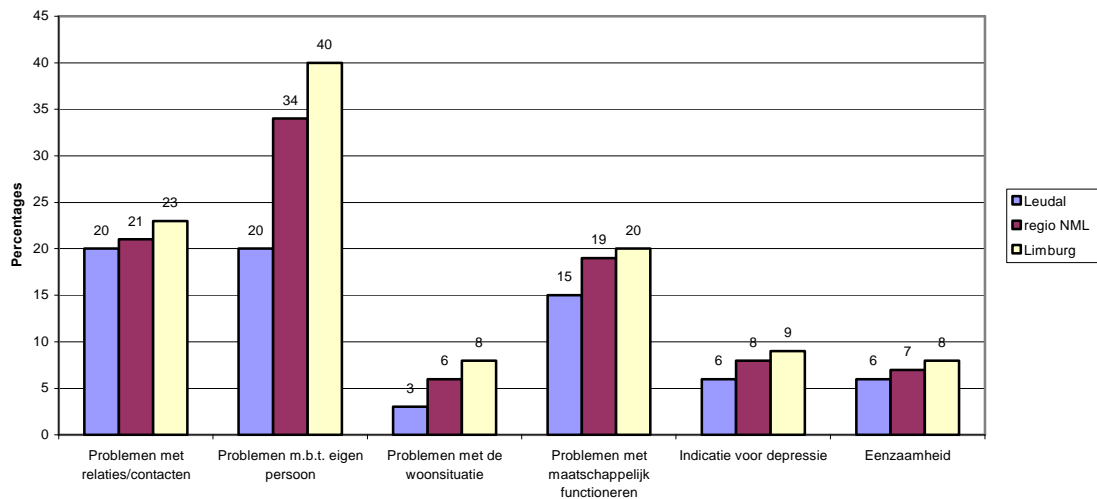
Figuur 3: Algemene gezondheid 2003 (Bron: CBS)



Figuur 3 geeft inzicht in de algemene gezondheidstoestand van de inwoners van Leudal in 2003. Deze algemene gezondheidstoestand van de inwoners van Leudal is positief te noemen ten opzichte van de regio Noord- en Midden en Limburg totaal. Ze ervaren hun gezondheid minder als slecht. Het voorkomen van longziekten en suikerziekte komt ook in mindere mate voor dan in de regio of provincie. Verder hebben de inwoners van Leudal minder last van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (24%) en minder beperkingen in bewegingsvrijheid (14%) dan hun provinciegenoten. Deze aandoeningen vormen wel een groot deel van de ziektelast.

- **Psychische gezondheid**

Figuur 4: Geestelijke gezondheid 2003 (Bron: gezondheidsenquête 2003)



Ten aanzien van de geestelijke gezondheid ervaren de inwoners van Leudal over het algemeen wat minder problemen met de psychische gezondheid dan de rest van de Limburgers (figuur 4). Wel bestaat een toenemende trend in het aantal mensen met persoonlijke problemen en problemen met sociale relaties (17% -> 20%). Die trend bestaat ook op regionaal en provinciaal niveau. Ten opzichte van 1998 is een daling in het percentage inwoners dat problemen ervaart met de woonsituatie en met maatschappelijk functioneren. In 1998 werd nog niet gevraagd naar depressies, maar uit gegevens van 2003 blijkt dat in Leudal één op de 16 mensen een indicatie heeft voor een depressie. Dit percentage is iets lager dan in de rest van de regio. Het betreft vooral mensen van boven de veertig en mensen met een lagere sociaaleconomische status. Aangezien de trend ongunstig is en het aantal mensen met een depressie toeneemt, is dit een belangrijk aandachtspunt voor gezondheidsbeleid. Eenzaamheid komt voor bij 6% van de volwassenen in Leudal. Dit percentage is nagenoeg gelijk gebleven met 1998. Opvallend is dat de meeste eenzamen zich in de leeftijdsgroep van 40-60 jaar bevinden.

Conclusies belangrijkste gezondheidsproblemen:

Over het algemeen zijn de inwoners van Leudal tevreden over hun gezondheid.

De sterfte aan hart- en vaatziekten is voor mannen en vrouwen in de voormalige gemeenten van Leudal gelijk aan de rest van Nederland. Door een verouderde bevolking en een 'slechtere' leefwijzen van burgers zal het aantal patiënten met hart- en vaatziekten in Nederland en ook in Leudal toenemen.

In de voormalige gemeenten, met uitzondering van de voormalige gemeente Hunsel wat betreft de mannen, zijn geen verschillen in sterfte aan kanker.

Sterfte ten gevolge van problemen aan de ademhalingsproblemen is in vergelijking met de rest van Nederland bij mannen in de voormalige gemeenten Hunsel en Roggel en Neer verlaagd. In tegenstelling tot de Regio in Noord- en Midden Limburg zijn er minder vrouwen in de gemeenten van Leudal aan suikerziekte overleden. Het percentage vrouwen die aan suikerziekte zijn overleden is gelijk aan het niveau in Nederland. Aangezien de trend ongunstig is en het aantal mensen met suikerziekte zal toenemen, is dit een aandachtspunt.

Verder hebben de inwoners van Leudal over het algemeen wat minder problemen met de psychische gezondheid dan de rest van de Limburgers. Wel is er bij de lager opgeleiden vaker sprake van depressie en eenzaamheid dan bij personen die een hoge opleiding hebben genoten. Omdat deze trend ongunstig is en het aantal mensen met een depressie toeneemt, is dit ook een belangrijk aandachtspunt.

5.3 Risicogedrag en leefstijl

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

- roken
- alcohol en drugs
- lichamelijke inactiviteit
- onvoldoende groente- en fruitconsumptie
- overgewicht en hoge bloeddruk

Hierna wordt beschreven hoe de inwoners, zowel volwassenen in de leeftijd van 20 tot en met 75 jaar als jongeren, in het bijzonder 2^e klassers (12 t/m 15 jaar) en 4^e klassers (14 t/m 18 jaar) van het Voortgezet Onderwijs, van de gemeente Leudal zich op deze punten in vergelijking met de regio Noord- en Midden en de provincie Limburg verhouden. De lokale cijfers over risicogedrag en leefstijl, milieuhinder en zorgvoorzieningen zijn afkomstig uit de gezondheidsenquête 2003 en de jongerenmonitor 2005. De landelijke cijfers met betrekking tot risicogedrag en leefstijl zijn afkomstig van het RIVM.

5.3.1 Roken

Volwassenen

Roken levert van alle risicogedragingen de meeste gezondheidsschade op en is medeverantwoordelijk voor de hoge sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker. Jaarlijks sterven ongeveer 24.000 mensen aan de gevolgen van roken. Het percentage rokers is in Leudal (25%) in 2003 gelijk aan het percentage rokers in de regio NML (25%) en iets lager dan in de provincie (28%). Provinciale en regionale resultaten uit 2003 laten een daling in het rookgedrag zien ten opzichte van 1998 (31%). Ook in Leudal is hier een geringe daling van 1% te zien. Om de daling in het aantal rokers onder de Nederlandse bevolking door te laten zetten heeft de landelijke overheid in haar preventiebeleid dit tot speerpunt gemaakt.

Jongeren

Uit de Jeugdmonitor 2005 blijkt dat van de jongeren uit Leudal in de 2^e klas Voortgezet Onderwijs 7% rookt en in de 4^e klas Voortgezet Onderwijs 24% rookt. De 2^e klassers roken minder dan hun leeftijdgenoten in Limburg, maar de 4^e klassers roken evenveel in vergelijking met hun leeftijdgenoten. Verder blijkt dat meer meisjes dan jongens roken.

In vergelijking met de cijfers met 1996 en 2001 is in 2005 een daling van het percentage rokers onder jongeren te zien. Ondanks een afname in het percentage rokers in de afgelopen jaren, blijft roken onder jongeren toch wel een gezondheidsbedreiging. Als ze op jonge leeftijd hun eerste sigaret opsteken, wordt het risico groter dat zij daarna blijven roken. Het rijksoverheidsbeleid is er dan ook op gericht om te voorkomen dat jongeren ermee beginnen.

5.3.2 Alcohol en drugs

Volwassenen

Overmatig alcohol- en drugsgebruik is schadelijk voor de gezondheid. In de gemeente Leudal gebruiken 9 op de 10 volwassenen wel eens alcohol. Het percentage inwoners in Leudal (13%) dat wekelijks zwaar drinkt - minstens eenmaal per week op één dag zes of meer glazen alcohol- wijkt niet af van het percentage drinkers in de regio en provincie. Vooral bij mannen komt overmatig alcoholgebruik meer voor dan bij vrouwen. Onder inwoners met een laag en gemiddeld opleidingsniveau bevinden zich de meeste zware drinkers. Het percentage zware drinkers is ten opzichte van 1998 in een aantal Limburgse regio's licht toegenomen.

In de regio Noord- en Midden is dit percentage stabiel gebleven. Ook landelijk gezien is er de laatste jaren weinig veranderd in het drinkgedrag van de volwassenen.

Uit de gezondheidsenquête 2003 zijn geen gegevens over volwassenen en drugsgebruik beschikbaar.

Jongeren

In de tweede klas van het voortgezet onderwijs geeft 9% van hen aan dronken of aangeschoten te zijn geweest in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek en circa 39% van de 4^e klassers. Het percentage leerlingen van klas 2 dat cannabis(1,3%), XTC (0,3%) of overige harddrugs gebruikt is nagenoeg gelijk aan de rest van de regio en de provincie. Het drugsgebruik van 4^e klassers (respectievelijk cannabis: 9%; XTC: 1,6% en overige harddrugs: 1,8%) is nagenoeg gelijk in vergelijking met hun leeftijdgenoten in de regio en provincie.

Meer jongens dan meisjes gebruiken genotmiddelen. In vergelijking met 1996 en 2001 bestaat er op provinciaal niveau een daling in zowel het alcoholgebruik als het drugsgebruik, deze daling is sterker dan in Nederland. Naar verwachting zal voor Leudal een zelfde trend bestaan. Uit de praktijk ontvangen wij signalen dat het drugsgebruik toeneemt en dat ook steeds meer harddrugs gebruikt worden.

5.3.3 Lichamelijke inactiviteit

Volwassenen

Na roken is lichamelijke inactiviteit de grootste risicofactor voor het krijgen van hart- en vaatziekten. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen stelt dat volwassenen tenminste een half uur matig intensief gedurende 5 dagen per week bewegen. In Leudal haalt 65% van de inwoners deze norm niet ten opzichte van 68% in heel Limburg. Over het algemeen lijken vrouwen iets actiever te zijn dan mannen. Het percentage van de volwassenen in Limburg dat in 2003 niet aan de beweegnorm voldoet is ten opzichte van 1998 met ongeveer 4-5% gestegen. Deze trend geldt ook voor Leudal (+ 4%).

Jongeren

De beweegnorm voor jongeren is minimaal op 5 dagen per week een uur sporten, fietsen, lopen of schoonmaken. Van de 2e klassers voldoet 59% niet en van de 4^e klassers voldoet 60% niet aan deze norm. Voorts bewegen jongens meer dan meisjes. Er zijn meer actievelingen in Leudal dan in de rest van Limburg. Het is niet mogelijk de resultaten van de jongeren ten opzichte van 2001 weer te geven omdat het beweggedrag destijds niet op een gelijke manier gemeten is. Echter het ligt in verwachting dat, gezien de trend bij de volwassenen, ook jongeren minder actief zijn geworden dan voorheen.

5.3.4 Onvoldoende groente- en fruitconsumptie

Volwassenen

Voldoende groente en fruit (norm= dagelijks 200 gram groente en 2 stuks fruit) eten kan het ontstaan van diverse vormen van kanker sterk reduceren. In Leudal haalt 90% van de volwassen bevolking deze norm niet, wat vergelijkbaar is met regionale en de provinciale cijfers (respectievelijk 92% en 91%). Mannen en jong volwassenen eten gemiddeld ongezonder dan de rest van de volwassenen. De landelijke trend is ongunstig: tussen 1987 en 1998 is een lichte stijging te zien van het percentage volwassenen dat de norm niet haalde. Ook in de gemeente Leudal is een lichte ongunstige trend te zien (88% naar 90%) in de periode van 1998 tot 2003.

Jongeren

In Leudal eet 56% van de leerlingen uit klas 2 niet dagelijks fruit en in de 4^e klas geldt dit voor 61% van de leerlingen. Bij jongeren zien we over het algemeen een afname in de fruitconsumptie voornamelijk bij de 2^e klassers.

Bijna 1 op de 5 2^e klassers en een kwart van de 4^e klassers eet niet elke dag een ontbijt. Er wordt iets beter ontbeten dan in de rest van Limburg. Echter het ligt in verwachting dat, gezien de trend bij de volwassenen, ook jongeren minder fruit en groente eten dan voorheen.

5.3.5 Overgewicht en hoge bloeddruk

Volwassenen

De hiervoor genoemde risicofactoren, zoals ongezonde voeding en onvoldoende lichaamsbeweging, hebben een duidelijke invloed op de mate van overgewicht en het ontstaan van een te hoge bloeddruk. Deze zijn ook belangrijke risicofactoren voor de gezondheid.

In Leudal kampt 42% van de inwoners met overgewicht. Dit percentage is lager dan in Limburg en lager dan het landelijke cijfer. Het percentage mensen met overgewicht is landelijk gestegen van 33% in 1980 naar 47% in 2004. Deze stijging is in alle leeftijdsklassen en beide geslachten te zien, maar vooral bij vrouwen tussen de 20 en 40 jaar. Ten opzichte van 1998 is er een lichte stijging in het percentage mensen met overgewicht in 2003 (40% -> 42%). Het overgewicht neemt in alle sociale lagen van de bevolking toe en is daarmee niet meer uitsluitend een probleem van de lagere sociale klassen. Naar verwachting geldt deze trend ook voor Leudal. Aangezien de trends nog steeds ongunstig zijn en steeds meer mensen, van wie ook kinderen en jongeren, een (extreem) overgewicht ontwikkelen, is overgewicht al tot speerpunt van landelijk beleid gemaakt.

In Leudal heeft ongeveer 1 op de 6 (16%) mensen een te hoge bloeddruk; dit is vergelijkbaar met de rest van de provincie. De trend is stijgend van 13% naar 16%.

Jongeren

Uit de Jeugdmonitor 2005³ zijn geen specifieke gegevens over jongeren en overgewicht beschikbaar. Wel ligt in de verwachting dat net zoals in de rest van Nederland sprake is van een toename van overgewicht bij de jeugd.

³ Komende periode gaat de GGD samen met een aantal gemeenten, waaronder de gemeente Leudal, een gezondheidsmonitor "nieuwe stijl" ontwikkelen, waarbij de beschikbare meetgegevens uit de reguliere gezondheidsonderzoeken bij leerlingen uit het basis- en voortgezet onderwijs meegenomen worden.

5.3.6 Risicogedrag ouderen

Om meer inzicht te krijgen in het risicogedrag en de leefstijl van zelfstandig wonende senioren (55+) en daarbij ook nog een beeld te krijgen van de gezondheidssituatie en het gebruik van en behoefte aan voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg vindt eind mei 2007 een seniorenmonitor plaats. In het najaar van 2007 zullen de gegevens hiervan beschikbaar zijn. De uitkomsten daarvan worden gebruikt om een gemeentelijk gezondheidsbeleid ten behoeve van de oudere inwoners op te stellen.

Conclusies risicogedrag:

Het beeld voor Leudal, afgezet tegen de regionale, de provinciale en de landelijke cijfers, is niet slecht voor wat betreft de diverse risicofactoren. Maar ook in Leudal is sprake van een aantal negatieve trends.

Zo wordt in Leudal iets minder gerookt als in de regio en de rest van Limburg. Maar aangezien roken een ernstige bedreiging is voor de gezondheid en in het bijzonder als men daar op jonge leeftijd al mee begint, is dit zeker een speerpunt.

In Leudal zijn niet meer mensen die alcohol drinken dan in de rest van de regio. Echter de grootste groep "drinkers" zijn onder de doelgroep jongeren te vinden.

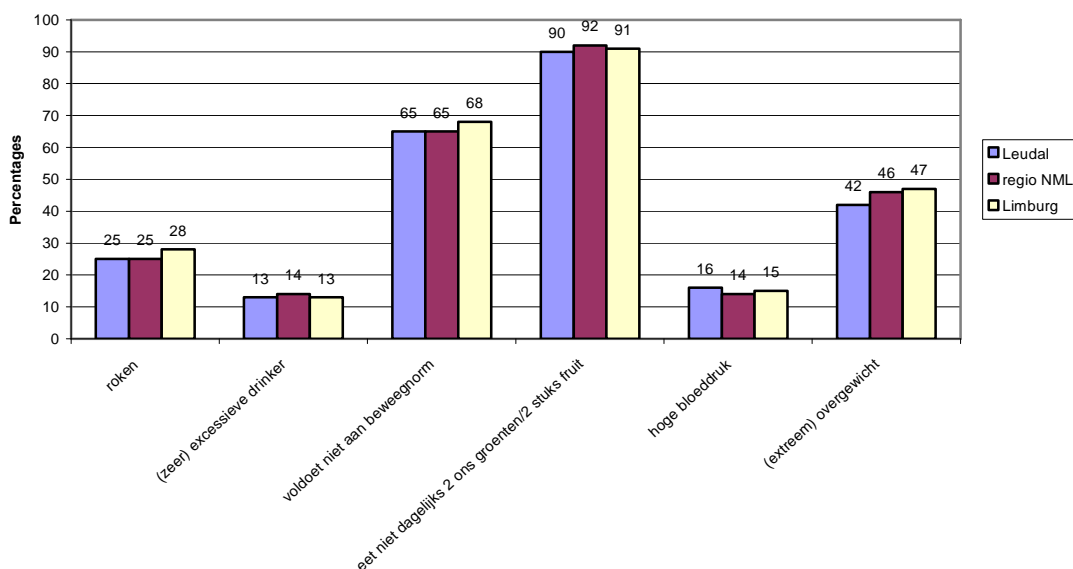
In vergelijking met de regionale gegevens zijn de inwoners uit Leudal wat actiever en halen wat vaker de "beweegnorm". Ook leerlingen uit het voortgezet onderwijs zijn actiever dan hun leeftijdsgenoten uit Limburg. Aangezien de trend ongunstig is en steeds meer mensen minder gaan bewegen, is dit ook een aandachtspunt.

De inwoners uit Leudal eten per dag ongeveer evenveel groente en fruit als de bevolking van de regio Noord- en Midden en de hele provincie, maar wel onder de aanbevolen norm. De groente- en fruitconsumptie van jongeren zouden zeker verbeterd kunnen worden, Dat is van belang, aangezien zowel ongezonde als gezonde eetgewoonten al jong worden aangeleerd.

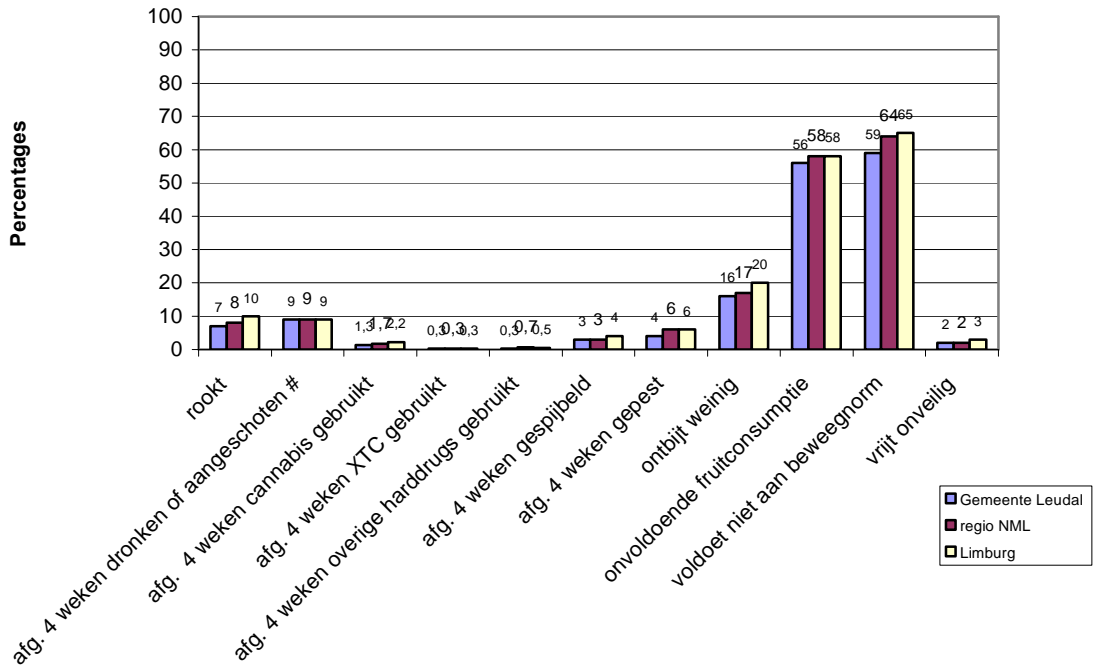
In Leudal hebben naar verhouding minder inwoners overgewicht dan elders in de regio, de provincie en het land. Echter aangezien de trend ongunstig is, en steeds meer mensen overgewicht ontwikkelen is dit ook een speerpunt.

Onderstaand worden deze conclusies in een 3-tal grafieken weergegeven.

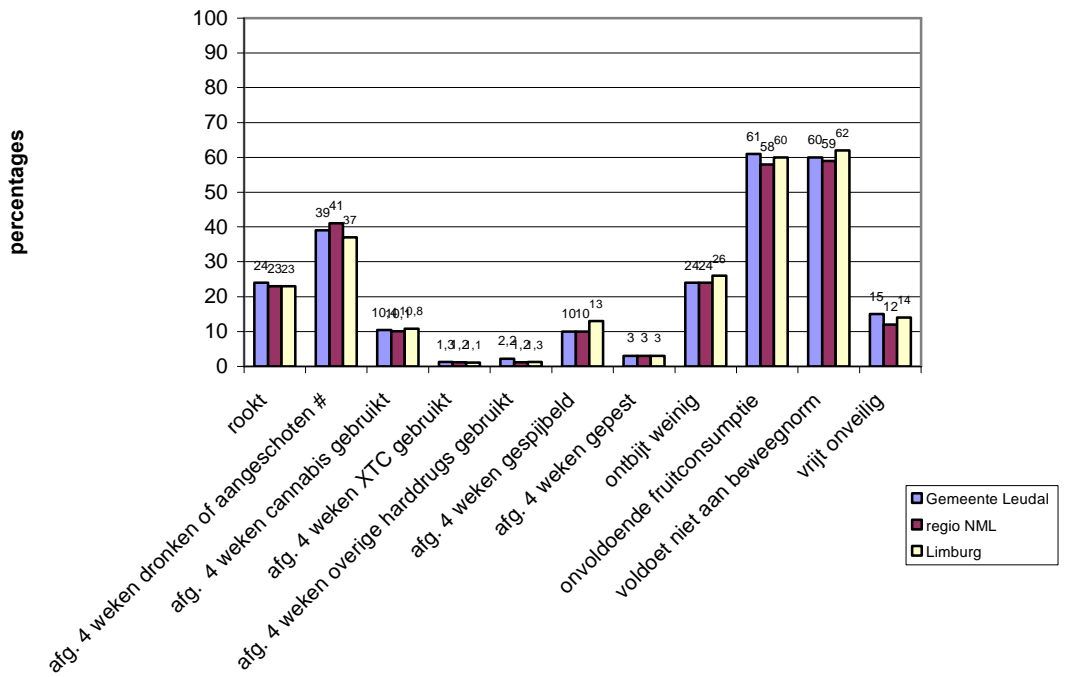
Figuur 5: risicofactoren volwassenen Leudal in 2003
(Bron: gezondheidsenquête 2003)



Figuur 6: bron: Jongerenonderzoek 2005, klas 2



Figuur 6: Bron: Jongerenonderzoek 2005, klas 4



5.4 Milieuhinder

Hinder of overlast door geluid, stof, rook, roet en stank in de directe woonomgeving worden steeds vaker ervaren als aantasting van de kwaliteit van leven. Het ondervinden van hinder kan leiden tot stress en hierdoor een negatieve invloed op de gezondheid hebben. Wegverkeer is in Limburg de belangrijkste bron van zowel geluidshinder als geurhinder. Ruim de helft van de Limburgers geeft aan matige tot zeer ernstige geluidshinder te ervaren van het wegverkeer en bijna 40% van de inwoners ervaart stankhinder van het wegverkeer. In Leudal worden alle vormen van milieuhinder (geluid, stank, stof/roet, wegverkeer, vliegverkeer en industrie) in 2003 aanzienlijk vaker gerapporteerd dan in 1998. Bijna de helft van de inwoners ervaart geluidshinder van het verkeer en één derde ervaart geluidshinder van kinderen/jongeren of burens. Eén op de 4 inwoners ervaart stankhinder door landbouw- en veeteeltactiviteiten of van de open haard/allesbranders van de burens. De cijfers zijn afkomstig uit de gezondheidsenquête 2003.

5.5 Gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen

Om een beeld te krijgen van de gezondheidsvoorzieningen in Leudal is gebruik gemaakt van de rapportage van de gegevens van de voormalige gemeenten in het Leudal Thornerkwartier (LTK). Men mag verwachten dat deze situatie ook geldt voor de gemeente Leudal.

Over het geheel genomen is er (in vergelijking met 1998) een afname in het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. In vergelijking met mannen maken vrouwen meer gebruik van deze voorzieningen. Er is een lichte daling te zien in het bezoek aan de huisarts en specialist en het ontvangen van hulp van het RIAGG, de GGZ, de thuiszorg, het maatschappelijke werk of de GGD. In de voormalige LTK-gemeenten zijn de burgers over het algemeen tevreden over de kwaliteit en aanwezigheid van de zorgvoorzieningen in de buurt. De afstand tot de huisarts of huisartsenpost is letterlijk en figuurlijk groter geworden. Niet alle mensen die behoefte aan zorg hebben vragen die ook daadwerkelijk. De behoefte aan bepaalde zorgvoorzieningen breidt zich uit naar de avonduren (13%-20%).

Verder vinden mensen lange wachttijden in de huisartspraktijk en staan ze op wachtlijsten bij medische specialisten, fysiotherapeuten, voor opnames in ziekenhuis, en op wachtlijsten voor gezinszorg, alfahulp of wijkverpleging.

Bovenstaande cijfers zijn afkomstig uit de gezondheidsenquête 2003.

5.6 Beleidsvoornemens ten behoeve van lokaal gezondheidsbeleid

Lokaal Gezondheidsbeleid kan worden ingekleurd op basis van gezondheidsgegevens van de inwoners van Leudal. Daarnaast zijn landelijke beleidsontwikkelingen en reeds lopend en/of bestaand beleid richtinggevend. Landelijk zijn vooral de onderwerpen leefstijl en ongezond gedrag en de ongelijkheid in gezondheid prioriteiten in beleid. Hierbij is bewezen dat mensen met een lage sociaal economische status (SES) korter leven, minder jaren in goede gezondheid en vertonen nog eens meer ongezond gedrag. Naar aanleiding van de resultaten van het gezondheidsprofiel en op basis van landelijke beleidsontwikkelingen kunnen de volgende beleidsvoornemens geformuleerd worden:

1 De vergrijzing en de gevolgen daarvan.

Aandacht voor de doelgroep ouderen op velerlei gebied is gewenst, zowel vanuit preventie oogpunt als vanuit wonen, welzijn en zorg. Met de vergrijzing zal de zorgvraag toenemen. Ook een aantal maatschappelijke ontwikkelingen zoals vermaatschappelijking van de zorg, langer zelfstandig wonen en de vereenzaming vragen om lokale aanpassingen en actiepunten. De

seniorenmonitor die momenteel gehouden wordt in gemeente Leudal zal meer inzicht geven in de huidige problematiek en benodigde aandachtspunten.

2. Leefstijlbenadering

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

3. Sociaal economische gezondheidsverschillen

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

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

4. Psychische gezondheid en psychosociale problematiek

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

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

5. Milieu

Er wordt steeds meer duidelijk over de relatie tussen milieu en volksgezondheid. Milieu dient daarom meer aandacht te krijgen in het (volks)gezondheidsbeleid. Daarnaast wordt aanbevolen om meer aandacht te besteden aan binnenmilieu. Recente onderzoeken tonen aan dat het vooral in scholen slecht gesteld is het met het binnenmilieu (ventilatie) en dat daardoor onnodig veel gezondheidsklachten optreden.

Bovendien zijn ambtenaren van de disciplines Milieu, Ruimtelijke Ordening, Groenbeheer, Welzijn, Verkeer en Vervoer in juni 2007 op een interactieve wijze met elkaar in discussie gegaan om tot integrale beleidsvoornemens op het gebied van het lokaal gezondheidsbeleid te

komen, aangezien binnen de gemeente Leudal hier nog een slag te maken is. Insteek van deze bijeenkomst was medische milieukunde. In bijlage 3 treft u een verslag van deze bijeenkomst aan. Tijdens deze bijeenkomst is het volgende naar voren gekomen: bij het maken van gemeentelijk beleid en het beantwoorden van vraagstukken op alle beleidsterreinen binnen de gemeente Leudal vooraf en structureel ook rekening te houden met de gezondheidsaspecten van haar inwoners. Voorgesteld is om dit te concretiseren middels aandacht te geven aan het binnenmilieu bij scholen of het uitvoeren van een gezondheidseffectenscreening (GES) bij het maken van plannen om een nieuwbouwwijk in de gemeente Leudal te bouwen. Ook kan men denken aan de verplaatsing van hindergevende bedrijven uit de kernen.

6. Gezondheidszorgvoorzieningen

De gemeente Leudal zou met name aandacht moeten hebben voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg en de relatie tussen curatie en preventie. Verder zou de gemeente nu al kunnen anticiperen op het dreigende huisartsentekort. Hoewel de gemeentelijke invloed op het terrein van beschikbaarheid van voorzieningen vaak beperkt is, kunnen wel initiatieven genomen worden op het terrein van huisvestingsbeleid en dergelijke.

Hoofdstuk 6 Openbare Geestelijke GezondheidsZorg (OGGZ)

6.1 Inleiding in OGGZ

De Openbare Geestelijke GezondheidsZorg (OGGZ) is een beleidsterrein dat – als onderdeel van de brede gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de openbare gezondheidszorg – de laatste jaren steeds meer aandacht krijgt. Alle gemeenten dragen verantwoordelijkheid voor de geestelijke volksgezondheid en het voorkómen van het ontstaan, voortduren dan wel verergeren van geestelijke volksgezondheidsproblemen.

Centrumgemeenten (voor onze regio Venlo) hebben daarnaast nog de verantwoordelijkheid voor het zorgdragen voor een voldoende aanbod. Per 1 januari 2007 is de OGGZ, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp, van de WCPV naar de Wmo overgeheveld. Reden voor deze overheveling is de sterke samenhang tussen de OGGZ, Maatschappelijke Opvang en ambulante verslavingszorg, die ook deel uit maken van de Wmo. Kwetsbare mensen kunnen afglijden in de maatschappij en zo in de maatschappelijke opvang en/of verslavingszorg terechtkomen. Gemeenten hebben de taak om enerzijds dit met preventie te voorkomen en anderzijds het herstel van mensen te bevorderen. Dit behoort tot de OGGZ. De voorzieningen van de maatschappelijke opvang bieden zorg voor mensen die dit nodig hebben. De OGGZ heeft nog steeds een duidelijke relatie met het beleid op de openbare gezondheidszorg en de partijen die hierin opereren. Dit is de reden waarom is gekozen om het onderdeel toch op te nemen in de nota gezondheid en niet in de beleidsnota Wmo.

6.2 Definitie OGGZ

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) omvat alle activiteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, die op basis van een niet vrijwillige individuele hulpvraag worden uitgevoerd. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid onderscheidt drie niveaus waarop het OGGZ-werk plaatsvindt, te weten

- Directe hulpverlening voor het individu; dat wil zeggen permanent beschikbare hulpverlening;
- Zorg voor risicogroepen, dat wil zeggen zorg en preventie voor mensen met een verhoogd risico;
- Collectieve GGZ, dat wil zeggen preventie, gezondheidsbevorderende en -beschermende activiteiten, gericht op niet nader omschreven groepen.

Bovengenoemde definitie en niveaus haalt de minister aan in haar Beleidsbrief OGGZ. De gemeente Leudal onderschrijft deze definitie voor OGGZ.

De Beleidsbrief OGGZ omschrijft een minimumpakket voor OGGZ op regionaal niveau. Dit is nodig om op lokaal niveau OGGZ te kunnen effectueren. De inhoud van dit basisaanbod bestaat uit de onderdelen:

- samenwerkingsverband;
- crisisopvang/acute zorg;
- bemoeizorg;
- dak- en thuislozenzorg;
- preventie;
- sociale kaart;
- rampenplan (psychosociale hulpverlening bij rampen = nog onderdeel van de WCPV);
- signalering en beleidsadvisering;

- consultatie tussen OGGZ partners onderling.

Elk bovengenoemd onderdeel uit dit basisaanbod OGGZ heeft zijn eigen primair verantwoordelijke organisatie voor de uitvoering. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor (het organiseren van) de coördinatie van OGGZ-activiteiten op lokaal niveau. Zij zijn verantwoordelijk voor de regie in de OGGZ en de beschikbaarheid van een OGGZ-basisaanbod.

Onderdeel	Producten	Primair verantwoordelijken
Samenwerkingsverband <ul style="list-style-type: none"> • politiek-bestuurlijk • uitvoering • financiering 	<ul style="list-style-type: none"> • Invulling regionale en lokale (keten) verantwoordelijkheid • Coördinatie van hulpverlening en projecten • Inzet middelen GGD, Maatschappelijke Opvang en RIAGG voor OGGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Overheid, zorgverzekeraars, uitvoerders en signaleerders • Kernpartners zijn GGD, RIAGG en Maatschappelijke Opvang • Overheid
Crisisopvang / Acute Zorg	Crisisinterventie en crisisopvang	7x24-uursdienst RIAGG en Crisisopvangcentra (o.a. Maatschappelijke Opvang), AMW en BJZ
Bemoeizorg	Bereiken van individuen of risicogroepen die zelf niet om hulp vragen ("outreachinge zorg")	<ul style="list-style-type: none"> • AMW, • RIAGG en • Maatschappelijke Opvang
Dak- en thuislozenzorg	<ul style="list-style-type: none"> • (Tijdelijke) opvang van dak en thuislozen ("bed/ brood/ bad") • Bevorderen uitstroom en beperken instroom 	Maatschappelijke opvang
Preventie van psychische problematiek	Preventie programma's gericht op de beïnvloeding van risicofactoren (onder meer gedragsverandering van groepen mensen met een verhoogd risico)	GGD en RIAGG in samenwerking met andere organisaties, zoals bv. onderwijsbegeleidingsdienst, opvoedwinkels etc.
Sociale kaart	Inzicht bieden in OGGZ aanbieders, activiteiten, adressen en plaatsen	GGD
Rampenplan (Psychosociale hulpverlening na rampen-WCPV)	Coördinatie, aansturing en uitvoering OGGZ activiteiten bij calamiteiten	GGD (coördinatie)GGZ (uitvoering)
Signalering en beleidsadviesing	Monitoren van aspecten van OGGZ m.b.v. epidemiologie, registratie etc. Op basis hiervan advisering aan overheden	GGD
Consultatie tussen OGGZ partners onderling	Adviesing OGGZ uitvoerders	GGD en RIAGG

6.3 Taken gemeente(n)

Binnen het taakveld OGGZ is er binnen de Regio Noord- en Midden Limburg een taakverdeling tussen Centrumgemeente Venlo en de daarbijbehorende regiogemeenten, waaronder de gemeente Leudal valt.

Gemeente Leudal:

- regierol binnen het lokaal OGGZ-beleid; specifiek met het faciliteren en versterken van lokale zorgnetwerken en het toezien op de uitvoering van trajectcoördinatie;
- het mogelijk maken van de huisvesting en nazorg voor maatschappelijke herstelcliënten die willen en kunnen wonen in de gemeente Leudal (Wonen Welzijn en Zorg).

Centrumgemeente Venlo:

- het formuleren van (regionale) beleidsvisie op de omvang en het karakter van de inspanningen van de verschillende participanten aangaande de functies (preventie, opvang, handhaving en herstel), afgezet tegen de regionale problematiek van de gehele kwetsbare groep waarop de opvang zich richt;
- zorg dragen voor een adequaat, gedifferentieerd voorzieningenniveau en zorg dragen dat de aanpalende sectoren worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid, al dan niet door middel van vastgelegde inspanningsverplichtingen;
- het stimuleren van het kwaliteitsbeleid in de opvangvoorzieningen en toezicht houden op de kwaliteit. Dit houdt in dat centrumgemeenten en niet-centrumgemeenten met elkaar moeten samenwerken om de OGGZ en maatschappelijke opvang op elkaar af te stemmen.
- toezien op de afstemming tussen lokale zorgnetwerken en bovenlokale gespecialiseerde maatschappelijke zorg en GGZ als de lokale zorg niet meer afdoende is;
- toezien op de afstemming tussen bovenlokale gespecialiseerde zorg en de lokale zorgnetwerken, daar waar maatschappelijk-herstel-cliënten weer in een regio of wijk gaan wonen.

6.4 Doelgroepen OGGZ

Wanneer gesproken wordt over OGGZ doelgroepen dan roept dat in veel gevallen primair de associatie op met dak- en thuislozen of verslaafden, die overlast verzorgen en zorg mijden (de zogenaamde “zorgwekkende zorgmijders”). De laatste jaren staat deze groep erg in de belangstelling. Naast deze groep, die valt onder de sociaal kwetsbaren, richt de OGGZ zich ook op risicogroepen en de samenleving in haar geheel.

1. Sociaal kwetsbaren

Wanneer uitgegaan wordt van een smalle benadering van de OGGZ, worden alleen sociaal kwetsbaren tot de OGGZ doelgroep gerekend. Sociaal kwetsbare mensen zijn mensen die veelal een gemarginaliseerd bestaan leiden en die:

- niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging)

- meerdere problemen tegelijkertijd hebben, waaronder bijvoorbeeld sociaal isolement, verwaarlozing van eigen lichamelijk functioneren en dat van eventuele kinderen, problemen met (huiselijk) geweld, vervuiling van woonruimte en of van woonomgeving, overlastgevend gedrag, gebrek aan vaste of stabiele woonruimte, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen
- vanuit het perspectief van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven, én:
- geen hulpvraag stellen waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft. Familie, burens en omstanders vragen meestal om hulp, waardoor vaak sprake is van ongevroegde bemoeienis of hulpverlening. Naar schatting behoort 0.7 à 1% van de Nederlandse bevolking tot deze groep.

Zichtbare en onzichtbare problemen

Sociaal kwetsbare mensen hebben zichtbare en onzichtbare problemen. Zichtbare problemen zijn bijvoorbeeld dakloosheid of het veroorzaken van overlast.

Onzichtbare problemen zijn de problemen die zich meer in het verborgene afspelen, zoals huiselijk geweld.

Zorgtekort

Sociaal kwetsbaren hebben te maken met een zogenaamd 'zorgtekort': ze hebben duidelijk hulp nodig, veelal op verschillende vlakken, maar krijgen deze hulp niet zonder hulp van anderen. Over het algemeen geldt dat hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn bij een persoon, des te groter is de kans op verder afglijden en des te groter is de urgentie om de problemen in praktijk en beleid aan te pakken. Daarnaast geldt dat hoe langer de duur, des te moeilijker is de omkering in het proces van psychisch onwelbevinden en sociale uitsluiting.

2. *Risicogroepen*

Wanneer men uitgaat van een brede benadering van de OGGZ rekent men ook risicogroepen tot de OGGZ, dat wil zeggen de mensen die een verhoogd risico lopen om sociaal kwetsbaar te worden en af te glijden. Voorbeelden van risicogroepen zijn mensen met psychische problemen, daders en slachtoffers van huiselijk geweld, maar ook mensen met een lage opleiding, alleenstaande ouders, mensen met een slechte gezondheid, etc. Door preventieve activiteiten te richten op deze risicogroepen kan worden voorkomen dat mensen afglijden en een gemarginaliseerd bestaan gaan leiden zoals hierboven beschreven onder (1). Naar schatting behoort 4 à 5% van de Nederlandse bevolking tot de OGGZ risicogroep.

3. *De samenleving in haar geheel*

Uitgaande van een brede benadering van de OGGZ, gaat de OGGZ niet alleen over sociaal kwetsbaren en risicogroepen maar ook over de samenleving in haar geheel.

Hierbij gaat het om signalering van maatschappelijke factoren die risico's meebrengen voor de psychische gesteldheid van burgers, zoals verloedering van wijken of pesten op school. Daarnaast gaat het om beleidsadvisering en zo nodig een pleidooi voor regelgeving gericht op het beperken of voorkomen van de maatschappelijke factoren dan wel de nadelige psychische gevolgen daarvan.

Tot slot kan de samenleving in haar geheel ook een doelgroep zijn binnen de OGGZ, namelijk bij publieksvoorlichting, met name over (achtergronden van) psychische

problematiek, over gedrag en omstandigheden die bevorderlijk zijn voor de psychische gezondheid en over het bestaan en de bereikbaarheid van de GGZ instellingen.

6.5 Risicofactoren en beschermende factoren

De aanwezigheid van risicofactoren bepaalt het risico op uitval en uitsluiting. Door vroeg in te grijpen kan dit risico worden verminderd. Voorbeelden van risicofactoren zijn: kindermishandeling, psychische problemen of een laag opleidingsniveau. Van belang daarbij is welke van die factoren wel en welke niet of veel minder met lokaal beleid zijn te beïnvloeden. In onderstaande tabel zijn factoren weergegeven die bijdragen aan uitval en uitsluiting.

Structurele factoren Maatschappelijke context	Psychosociale factoren Individuele en sociale omgeving
Bevolkingssamenstelling en manieren van samenleven, waaronder: vergrijzing, verkleuring, toename van alleenstaanden en van eenoudergezinnen, toename van scheidingen	<i>Algemene risicofactoren</i> Inadequate huisvesting, laag inkomen, problematische schuldsituatie, slechte gezondheid, laag opleidingsniveau en werkloosheid.
Draagvlak en tolerantie in de samenleving voor kwetsbare mensen	<i>Specifieke risicofactoren</i> Kindermishandeling, huiselijk geweld, (aanhoudende) psychische problemen, drug & alcohol misbruik, kleine criminaliteit, in aanraking met politie/justitie, eenzaamheid, onvoldoende omgevingssteun, een instituut- of inrichtingsverleden. Ook: verstandelijke beperkingen en onvoldoende competenties.
Ontwikkelingen in de zorg en toegang tot zorg (vermaatschappelijking, zorgverzekering)	<i>Triggers</i> Huisuitzetting, relatiebreuken, van familie of vrienden niet langer onderdak krijgen, weglopen van huis, ontslag uit een institutie (psychiatrisch ziekenhuis, jeugdtehuis), ontslag uit detentie.
Werking van instituties en regelingen (bureaucratie, verzakelijking)	<i>Toestand van uitsluiting</i> Breuken in: - handelingsvermogen - bindingen met anderen - zelfbeeld en identiteit resultierend in verlies van eigenwaarde en toekomstperspectief

Factoren die bijdragen aan uitval en uitsluiting

Beschermende factoren

Persoonlijke eigenschappen

- competenties
- draagkracht

Toegang tot maatschappelijke hulpbronnen:

- huisvesting
- inkomen
- opleiding
- werk
- verblijfstatus

Sociale contacten

- positieve interpersoonlijke interacties
- ervaren steun van belangrijke anderen in de sociale omgeving (scholen, buurt, etc.)

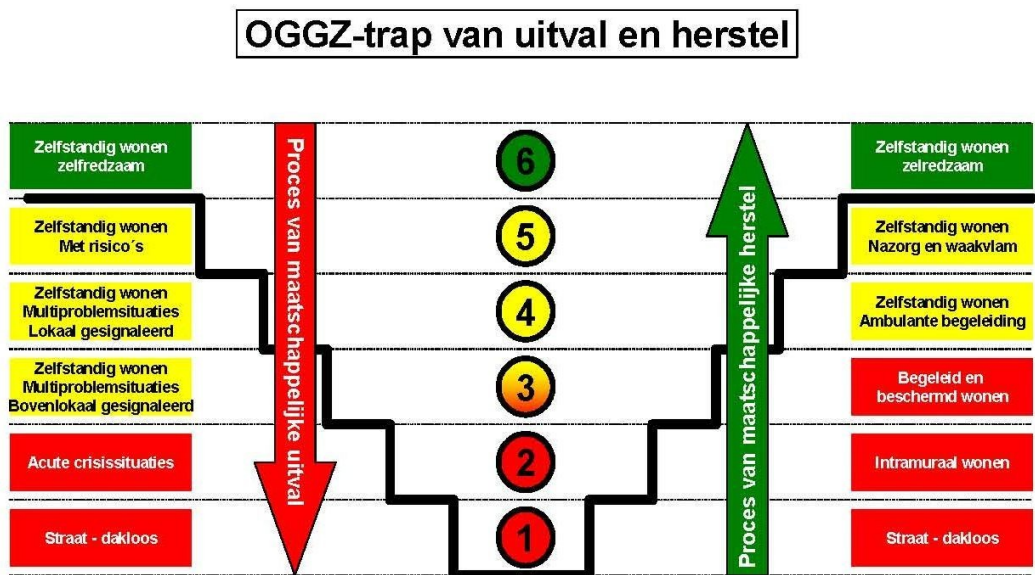
Omgeving

- toegankelijke gezondheidszorg
- veilig en gezond woon en leefklimaat

Beschermende factoren voor uitval en uitsluiting

6.6 OGGZ trap van uitval en herstel

Het NIZW heeft een OGGZ trap voor uitval en herstel ontwikkeld. Dit is een variatie op de woonladder en participatieladder zoals die in de daklozenzorg zijn ontwikkeld. Deze OGGZ trap maakt het proces van maatschappelijke uitval en maatschappelijk herstel inzichtelijk. De trap is geënt op het proces van in- en uitsluiting van sociaal kwetsbare mensen. In de trap zijn de in de vorige paragraaf beschreven risico- en beschermingsfactoren terug te vinden.



Deze trap geeft inzicht in de doelen, doelgroepen en interventies in het kader van de OGGZ. De OGGZ ladder kan gemeenten helpen om de focus van het lokale OGGZ-beleid te bepalen. Het is een hulpmiddel voor gemeenten om een risicoprofiel van de OGGZ doelgroep op te stellen en de benodigde ondersteuning te inventariseren en optimaliseren.

De OGGZ ladder van uitval en herstel kan gemeenten helpen om:

- OGGZ problemen en doelgroepen scherper te lokaliseren en in kaart te brengen;
- vast te stellen wat de beoogde doelen van het OGGZ beleid zijn;
- te bepalen welk aanbod nodig is en welke voorwaarden gerealiseerd moeten worden;
- te bepalen welke beleidsacties nodig zijn;
- in discussie te gaan met andere (centrum- en regio-) gemeenten en zorgaanbieders over een verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de OGGZ.

De OGGZ trap van uitval en herstel kent zes treden. Per trede kan iets worden gezegd over de doelgroep en over de interventies die nodig zijn om uitval te voorkomen, te zorgen voor het behoud van de zelfredzaamheid en te zorgen voor herstel.

Op elke trede van de ladder komen twee dimensies samen, namelijk die van:

1. de ernst, complexiteit en duur van de problemen, uit te drukken in een risicoprofiel;
2. de gewenste, benodigde ondersteuning en opvang tijdens de verschillende fases van in- en uitsluiting.

De onderste treden van de trap, de maatschappelijke opvang en verslavingszorg, is een verantwoordelijkheid van de centrumgemeente Venlo. Zij moet zorgdragen voor een dekkend aanbod van voorzieningen voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg. De overige treden zijn een verantwoordelijkheid van alle gemeenten. Alle gemeenten hebben dus de

verantwoordelijkheid om problemen te signaleren en om uitval te voorkomen en herstel te bevorderen.

Trede	Omvang kenmerken doelgroep	en Interventies gericht op uitvalpreventie en behoud zelfredzaamheid	Interventies gericht op herstel
6	Geen klachten of verhoogd risico. Circa 70% van de bevolking.	Collectieve gezondheidsbevordering via beleidsadvisering over algemene omstandigheden zoals veiligheid, leefbaarheid, werkgelegenheid, educatieve voorzieningen, levensloopbestendige wijken, versterken van de civil society	
5	Groepen met verhoogd risico. Wel klachten, vaak geen hulpvraag. Circa 28% van de bevolking	Een combinatie van interventies is het meest effectief. Deze kunnen zich richten op: beleidsadvisering over structurele risico's, het versterken van het sociale netwerk, het verhogen van de competentie, de toegankelijkheid en geschiktheid van het zorgaanbod.	Zelfstandig wonen, Nazorg (waakvlamcontact), aandacht voor werken of dagbesteding, sociaal contact en budgetteringssteun.
4	Multiproblemen bij zelfstandig wonende burgers; verminderde zelfredzaamheid. Circa 1% van de bevolking	Signalering en geïntegreerde multidisciplinaire en outreaching aanpak via lokale zorgnetwerken. Aandacht voor informatie, advies, en cliëntondersteuning en sociale (re-)integratie. Interventies bv. tweedekansbeleid, schuldhulpverlening, toeleiding naar (gespecialiseerde) zorg.	Zelfstandig wonen met woonbegeleiding, aandacht voor lokale reïntegratie(werken, sociaal contact in de buurt, vrijetijdsbesteding); betrokkenheid lokaal zorgnetwerk.
3	Multiproblemen en dreigende dakloosheid, zelfredzaamheid zeer beperkt. Trede 1 t/m 3 omvatten ongeveer 1% van de bevolking.	Signalering, geïntegreerde bovenlokale multidisciplinaire outreaching aanpak (vangnet) onder coördinatie van GGD en met deelname van verslavingszorg, ggz, maatschappelijke opvang, algemeen maatschappelijk werk: bemoeizorg.	Beschermd en begeleid wonen gecombineerd met aanpak van problemen op alle levensgebieden, dagbesteding en sociaal contact.
2	Acute crisissituatie zoals psychische decompensatie, overdosis, geweldsmisdrijf, dakloosheid.	Opname in 7x24-uurs voorziening, crisishulp door bv. ggz, verslavingszorg maatschappelijke opvang. Vaak zijn GGD en politie ook betrokken.	Verblijf in intramurale setting (ggz, verslavingszorg, maatschappelijke opvang) met behandeling en (voorbereiding van) aanpak van problemen op alle levensgebieden.
1	Dakloosheid, vaak tevens verslaving, schulden en/ of psychisch herstel.	Dag- en nachtopvang, outreaching, intensieve bemoeizorg, en toeleiding naar opvang en zorg.	

De OGGZ trap van uitval en herstel

6.7 Samenhang en overlap met andere Wmo prestatievelden

De interventies die staan beschreven in de OGGZ trap behoren niet allemaal tot het domein van de OGGZ. Voor het realiseren van de OGGZ doelstellingen zullen ook alle andere prestatievelden van de Wmo een bijdrage moeten leveren. Deze samenhang verklaart waarom het logisch is dat OGGZ als prestatieveld in de Wmo is opgenomen. De OGGZ trap laat zien dat de OGGZ een beleidsveld is dat in samenhang met andere beleidsterreinen moet worden vormgegeven. Voor de bovenste treden van de ladder is er vooral samenhang met de Wmo prestatievelden 1 tot en met 4: bevorderen sociale samenhang en leefbaarheid, preventiegerichte ondersteuning van jeugdigen en ouders, informatie en advies en cliëntondersteuning en ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers. Ook ouderenadviseurs, wijkleefbaarheidsinitiatieven en opvoedingsondersteuning behoren hiertoe. Bij de uitvoering van preventieve activiteiten werken ook niet door de gemeente gefinancierde instellingen mee, zoals thuiszorg, MEE en GGZ. Treden 5 en 6 vertonen ook overlap met prestatievelden 5 en 6: bevorderen van de participatie van mensen met een beperking of chronisch psychisch of psychosociaal probleem, en het verlenen van voorzieningen aan deze groepen. Bij preventieve activiteiten (trede 5) kunnen vrijwilligers en mantelzorgers, mits voldoende ondersteund, een bijdrage leveren, bijvoorbeeld in de vorm van sociale steun. Prestatieveld 7, de maatschappelijke opvang valt vrijwel samen met tredes 3 en 4. Samenhang is er, vooral op lagere treden ook met prestatieveld 9, het verslavingsbeleid. □

6.8 De praktijk

Binnen de gemeente Leudal is geen specifiek beleid voorhanden op het terrein van OGGZ. Wel vinden op het uitvoeringsvlak diverse activiteiten plaats. Zonder uitputtend te willen zijn kan verwezen worden naar het bemoeizorgoverleg, ouderenadviseurs, signaleringsoverleg jeugd, weerbaarheidsprojecten, schuldhulpverlening, etc. Binnen de gemeente Leudal zijn diverse voorzieningen aanwezig die een belangrijke rol spelen binnen de OGGZ en direct verband houden met de prestatievelden. Zo is er sinds 2006 een vestiging van het RIAGG Zuid gerealiseerd in de kern Heythuysen. In de kern Haelen bevindt zich een vestiging van het Algemeen Maatschappelijk Werk Midden-Limburg. In de kern Horn bevindt zich een sociaal pension (Stichting Maatschappelijke Opvang Voorzieningen Limburg) en ook een opvang voor jeugdigen (Rubicon). Een voorziening voor jeugdigen is ook terug te vinden in de kern Heibloem (de Widdonck). Beide instellingen vervullen een regionale functie. Ook zijn er verschillende initiatieven van dagbesteding terug te vinden. Voor een relatief kleine gemeente is er een behoorlijk aanbod van (zorg)voorzieningen waarvan gebruik gemaakt kan worden. Daarnaast zijn in de omliggende gemeenten Roermond en Weert diverse opvangmogelijkheden gecreëerd die een regionale functie vervullen. De centrumfunctie binnen de regio Noord- en Midden Limburg wordt uitgevoerd door de gemeente Venlo. De afstemming tussen Venlo en de regiogemeenten is op z'n minst niet ideaal te noemen.

Voor wat betreft de OGGZ wordt de gemeente geconfronteerd met een aantal problemen:

1. onvoldoende inzicht in de omvang van de problematiek en de diverse doelgroepen;
2. onvoldoende inzicht in reeds bestaande activiteiten;
3. het ontbreken van de nodige synergie tussen gemeentelijke afdelingen;
4. de verscheidenheid van organisaties en de daarmee samenhangende financiering;
5. de centrumrol van de gemeente Venlo in relatie tot lokale belangen;

De gemeente Leudal kiest uit oogpunt van haar zorgplicht voor de inwoners voor de brede benadering van OGGZ.

Op basis van voorgaande kunnen de volgende beleidsvoornemens worden genoemd:

1. breng in beeld de doelgroepen en problemen;
2. ontwikkel een sociale kaart voor OGGZ;
3. het versterken van het lokale zorgnetwerk waarbij gestreefd wordt om elke inwoner die in een ernstige probleemsituatie raakt tijdig te signaleren en te ondersteunen. Daarbij wordt het volgende uitgangspunt gehanteerd: wat we lokaal kunnen regelen doen we lokaal!;
4. het versterken van facetbeleid binnen de gemeentelijke organisatie. Met name aandacht voor de signaleringsfunctie van andere afdelingen dan welzijn;
5. het toezien op de aansluiting tussen bovenlokale en lokale voorzieningen.

Hoofdstuk 7 AED

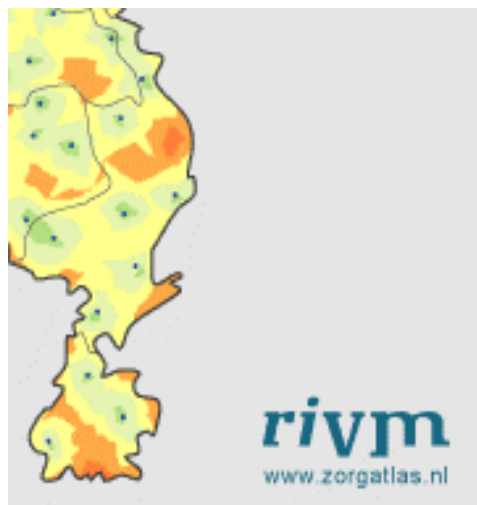
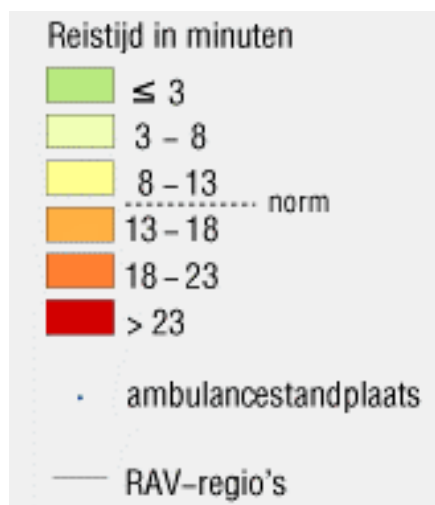
7.1 Wat is een AED?

AED staat voor Automatische Externe Defibrillator. De AED is het meest effectieve instrument bij hulpverlening in geval van een plotselinge hartstilstand, doodsoorzaak nummer 1 in Nederland. Deze levensbedreigende ritmestoornis kan optreden bij een acuut hartinfarct. Nadat de reanimatie is gestart door omstanders wordt de overlevingskans vanaf dit moment bepaald door de tijdsduur totdat een stroomstoot het normale hartritme terugbrengt. Deze stroomstoot defibrilleert het hartritme van kamer of ventrikelfibrilleren naar een normaal hartritme met bloedcirculatie. Elke minuut dat het langer duurt voordat de defibrillator het normale hartritme kan terugbrengen, daalt de overlevingskans met 10%! Om niet meer afhankelijk te hoeven zijn van de ambulance aanrijdtijd heeft de medische wetenschap een Automatische Externe Defibrillator ontwikkeld voor niet medisch geschoolde mensen. Indien binnen 6 minuten een omstander via de AED de eerste stroomstoot toedient stijgt de overlevingskans tot 70%. Vele toonaangevende internationale organisaties zoals de American Heart Association (AHA), de Europese en Nederlandse Reanimatie Raad raden met klem aan deze defibrillatoren zoveel mogelijk in te zetten en niet medisch geschoolden te trainen in het gebruik ervan.

7.2 Situatie binnen Leudal

In de voormalige gemeenten is verschillend omgegaan met het onderwerp AED's. In Haelen heeft de gemeente beide EHBO-verenigingen gesubsidieerd voor de aanschaf van een AED. Daarnaast heeft de gemeente een tweetal AED's aangeschaft en deze geplaatst in de sporthal (Horn) en in het zwembad. In Heythuysen hebben gesprekken plaatsgevonden tussen gemeente en de plaatselijke EHBO-verenigingen. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in vijf AED's voor de kernen Grathem / Kelpen en twee voor de kern Baexem. Alle apparaten zijn door sponsoring aangeschaft. In Roggel en Neer is één AED per dorpskern plus één AED voor de brandweerauto aangeschaft. Daarnaast heeft de EHBO-vereniging Neer uit donaties een tweede AED voor Neer aangeschaft en deze in het buitengebied geplaatst. In Hunsel zijn geen AED's voorhanden.

De ambulancestandplaatsen Weert en Roermond bedienen de gemeente Leudal. Onderstaand een afbeelding met de reistijden vanaf de dichtstbijzijnde ambulance standplaats. Zoals te zien valt het overgrote deel van de gemeente Leudal binnen de norm van 8-13 minuten.



Reistijd vanaf dichtstbijzijnde ambulancestandplaats (2005)

Als men echter uitgaat van de het 6 minuten-concept dan valt onze gemeente buiten de norm. Het 6-minuten-concept is eigendom van de Hartstichting en houdt in dat reanimatie binnen 6 minuten bij een hartstilstand, een overlevingskans geeft van 50 à 70%.

7.3 Rol en taak gemeente

De gemeente heeft een taak in het kader van de openbare gezondheidszorg. De insteek hierbij is vooral van preventieve aard en niet zozeer in het bestrijden van symptomen van ziekten. Niettemin heeft de gemeente natuurlijk wel een algemene zorgplicht voor haar inwoners. De gemeente kan in dit kader verschillende rollen aannemen variërend van passief (overlaten aan burgerinitiatief) tot zeer actief (stimuleren, initiëren en financieren). De gemeente Leudal wil graag een “hartveilige” gemeente zijn. Op projectmatige basis zal moeten worden gewerkt naar een “optimale” dekking voor onze gemeente en specifiek de zestien kernen. Bestaande initiatieven moeten worden geïntegreerd in het nieuwe project. Een centrale rol is weggelegd voor de plaatselijke EHBO-verenigingen. Ook AED's bij particulieren/instellingen en bedrijven dienen te worden meegenomen bij de opzet van een “dekkend” netwerk.

Hoofdstuk 8 Beleidsvoornemens

8.1 Inleiding

De gemeente Leudal wil de gezondheid van haar inwoners bewaken en bevorderen. De definitie van gezondheid is breed gekozen met als gevolg dat het veld waarmee de beleidsvoornemens moeten worden gerealiseerd breed van opzet is. Dientengevolge zullen ook keuzes gemaakt moeten worden. Uiteraard zullen landelijke en lokale ontwikkelingen gevolgd worden en waar nodig zullen nieuwe prioriteiten worden gesteld. Voor de komende vier jaar zijn de volgende zeven beleidsvoornemens geformuleerd:

8.2 Regie

In de WCPV ligt een taak voor de gemeente als regisseur. De komende vier jaar wil de gemeente Leudal een betere invulling geven aan deze taak. Organisaties in het veld mogen duidelijkheid verwachten van de gemeente als regisseur.

8.3 Integraal beleid

Als rode draad door de nota loopt het beleidsvoornemen van integraal beleid. Er valt veel winst te halen door het voeren van integraal beleid. Bij belangrijke bestuurlijke beslissingen dient ook het aspect van gezondheid te worden meegewogen. Het beleidsvoornemen van integraal beleid dient zich niet alleen te focussen op de interne organisatie. In het kader van de regierol van gemeenten ziet de gemeente Leudal het bevorderen van integraliteit tussen de (keten)partners binnen gezondheidsland ook als één van haar beleidsvoornemens.

8.4 Voorzieningen

Het bevorderen van onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en (zorg)voorzieningen is een wettelijke taak uit de WCPV. De gemeente Leudal is van mening dat er een laagdrempelig aanbod van (zorg)voorzieningen binnen de gemeente voorhanden moeten zijn. De aanwezige voorzieningen moeten behouden blijven en waar hiaten zijn dient de gemeente een stimulerende en initierende rol op haar te nemen. Waar mogelijk dient bundeling van disciplines plaats te vinden.

8.5 Jeugdgezondheidszorg

De gemeente Leudal ziet de jeugdgezondheidszorg als spil in het brede gemeentelijk jeugdbeleid en dicht haar dus een belangrijke rol toe. De komende vier jaar dient de jeugdgezondheidszorg zich specifiek te richten op versterking van functie informatie en advies, versterking van de signaleringsfunctie, integraliteit (binnen de JGZ maar ook met andere partners) en verantwoording (het inrichten van de organisatie en het aanleveren van epidemiologische gegevens ten behoeve van beleid).

8.6 Leefstijl

Gezondheidsbevordering is bij uitstek het onderwerp waarop lokaal beleid gevoerd kan worden. In dit kader stelt de gemeente op basis van epidemiologische cijfers de volgende prioriteiten vast voor de komende vier jaar:

- bewegen en voeding
- depressie

- roken
- alcohol- en drugsgebruik

Activiteiten dienen ontplooid te worden voor de doelgroepen jeugd, algemene bevolking en ouderen. Voor zover mogelijk dient gebruik gemaakt te worden van activiteiten die evidence-based zijn. Ook dienen projecten in overleg met de doelgroepen tot stand te komen en indien mogelijk gezamenlijk uitgevoerd te worden.

8.7 OGGZ

Het OGGZ-beleid binnen de gemeente Leudal dient versterkt te worden. De gemeente Leudal dient de regierol die zij heeft in te vullen daarbij niet alleen gericht op de lokale structuren maar ook richting bovenlokale structuren (aansluiting lokaal-bovenlokaal). Binnen de gemeentelijke organisatie dient meer afstemming te komen om de factoren die bijdragen aan uitval en uitsluiting van mensen te beperken en de beschermende factoren te versterken. De doelgroep moet in beeld worden gebracht en ook de specifieke problematieken die binnen onze gemeente spelen.

8.8 AED

Het uitgestrekte landelijke karakter van de gemeente Leudal heeft natuurlijk zijn voordelen maar voor wat betreft de bereikbaarheid de nodige nadelen. In het kader van haar algemene zorgplicht en de bewezen effecten van een AED streeft de gemeente Leudal naar een netwerk van AED's waarmee een zo optimaal mogelijke dekking wordt bereikt in alle zestien kernen. Een en ander dient in samenspraak met de plaatselijke EHBO-verenigingen te gebeuren.

Hoofdstuk 9 Literatuurverwijzingen en afkortingen

- De Limburgse Gezondheidsenquête 2003: een onderzoek door de Limburgse GGD'en naar de gezondheid van de volwassenen in Limburg. Brochure provinciale resultaten. Platform GGD-epidemiologie Limburg; mei 2004.
- CBS & Prismant, beschreven in Regionale Gezondheidsinformatie. Extra uitgevoerde analyse sterftcijfers 1999-2003. Venlo: GGD Noord- en Midden; 2006.
- Jongerenonderzoek 2005. Onderzoek door GGD'en naar het middelengebruik en (riskant) gedrag bij Limburgse scholieren in het voortgezet onderwijs. Platform GGD-epidemiologie Limburg; maart 2006.
- Sterfte in Limburg trendrapportage 1985-1999. Een onderzoek van de Limburgse GGD'en naar de lokale en regionale verschillen in sterfte in Limburg. Platform GGD-epidemiologie Limburg. Mei 2005.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Zorg voor Gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2006.
- Derks, W.M., Hensgens, J.C.G., Nieuweboer, J.M.M.J. Bevolking Limburg 2000-2035. Maastricht; Etil; december 2003.
- Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag. Nota Preventiebeleid, Ministerie van VWS, Den Haag; oktober 2003.
- Preventienota: "Kiezen voor gezond leven". Ministerie VWS. Oktober 2006.
- Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en de rol van gemeenten, bestuurlijke benchmark beter voorkomen (2). SGB0/VNG. Februari 2007.
- Handreiking OGGZ in de Wmo. Prof. Dr. J. Wolf. November 2006.
- Beleidsmonitor Lokaal gezondheidbeleid regio Noord- en Midden-Limburg. GGD Noord- en Midden-Limburg. 2005.
- Volksgezondheid in het Leudal- en Thornerkwartier, bedreigingen en kansen voor verbetering. GGD Noord- en Midden-Limburg. September 2005.
- Relatie tussen de WCPV en de Wmo, Kansen voor de openbare gezondheidszorg! Drs. C.B. Walg, GGD Gelre-IJssel. Januari 2006.
- Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang. SGB0. April 2007.
- Staat van de gezondheidszorg 2005, deelrapport gemeentelijke betrokkenheid. Inspectie voor de gezondheidszorg. November 2005.

Lijst met afkortingen:

AED	Automatische Externe Defibrillator
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en andere Drugs
CB	Consultatiebureau
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
GES	Gezondheidseffectscreening
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg

IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LTK	Leudal- en Thornerkwartier
O(G)GZ	Openbare (Geestelijke) GezondheidsZorg
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
RIAGG	Regionale Instelling voor Algemene Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijks Instituut Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SES	Sociaal Economische Status
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organization (Wereld gezondheids organisatie)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning

Bijlage 1: Evaluatie lokaal volkgezondheidsplan Leudal- en Thornerkwartier 2004-2007

Thema's	Wat hebben we ons voorgenomen?	Wat hebben we bereikt?
1-loket	<ul style="list-style-type: none"> - Participeren in regionale overlegstructuur die de komst van de 1-loketstructuur naar Midden-Limburg voorbereid en er voor zorgdragen dat het gezondheidsterrein hierin voldoende aandacht krijgt. - Creëren van voldoende draagvlak bij partners voor het realiseren van een breed 1-loket in Midden-Limburg. 	<ul style="list-style-type: none"> - De gemeenten hebben deelgenomen aan de regionale overlegstructuur. Ingebracht is dat er sprake moet zijn van een breed loket waarvan gezondheid één aspect vormt. - Bij de planvorming over het 1-loket zijn alle relevante partijen betrokken. - Het project loopt momenteel nog en zal worden geïntegreerd in het Wmo-loket. - Aanbeveling: bij de totstandkoming van het Wmo-loket dient ook aandacht te zijn voor het aspect gezondheid.
Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkelen integraal informatiebeleid lokaal gezondheidsbeleid - Opstellen van een communicatieplan voor de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid: <ol style="list-style-type: none"> a. Bepalen van een communicatiestrategie (voor externe communicatie). b. Kiezen van geschikte en doeltreffende communicatiekanalen en -middelen. Bij de communicatieplanning betrekken de gezondheidsinformatie en -voorlichting uit het (bestaande) productenaanbod van aanbieders/uitvoerders zoals de GGD, Thuiszorg en CAD. c. Organisatie en planning van de communicatie met en de informatieverstrekking aan de doelgroepen van het lokaal gezondheidsbeleid. d. Beschrijving van communicatie en informatie over thema's/projecten. e. Regeling van de communicatie in de organisatie van de gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> - Communicatie heeft slechts beperkt plaatsgevonden richting colleges/raden en richting burgers. Een communicatieplan is niet opgesteld en ook is er geen intergraal informatiebeleid lokaal gezondheidsbeleid ontwikkeld. - In de praktijk blijkt dat als uitvoering van de communicatie wordt neergelegd bij een vakambtenaar dit veelal tot gevolg heeft dat dit onderwerp minder aandacht krijgt dan gewenst - Aanbeveling: geef communicatie een duidelijke positie binnen de organisatie. Communiceer bovenal op projectmatige basis en betrek hierbij ook de informatiebronnen van relevante partners.

	en met de partners die betrokken zijn bij de uitvoering van het volksgezondheidsbeleid.	
Opvoedingsondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> - Inventariseren wat er al is, koppel deze projecten en geef bekendheid hieraan; - Voorlichting en informatie voor beoogde doelgroepen door goedgerichte thema-avonden bij de vindplaatsen (scholen, kinderopvang, peuterspeelzalen etc.) en zorg voor bekendheid en bundeling hiervan; - Vervaardigen/aanvullen en up to date houden van een sociale kaart m.b.t. opvoedingsondersteuning, waarbij ook reeds voorhanden zijnde producten en "good practices" worden betrokken (bv. de "Wegwijzer" binnen het samenwerkingsverband Weert); 	<ul style="list-style-type: none"> - Inventarisatie van het aanbod heeft in beperkte mate plaatsgevonden. - In het kader van het maatwerk jeugdgezondheidszorg hebben gemeenten een aantal producten ingekocht die ten doel hebben voorlichting, informatie en ondersteuning te verstrekken (kleine schakels grote kracht, themagerichte voorlichting, interventie op doelgroepen). - In 2006 is een start gemaakt met de uitgifte van de geboortekoffer. - De sociale kaart is niet opgesteld wegens gebrek aan tijd. - Aanbeveling: In de Wmo vormt opvoedingsondersteuning een prestatieveld apart. Uitgaande van de 5 functies van preventief jeugdbeleid (informatie en advies, signalering, toeleiding tot hulpaanbod, pedagogische hulp, coördinatie van zorg) dienen waar mogelijk subregionaal (OOGO Jeugd Westelijk Midden-Limburg) initiatieven te worden ontplooit. Ouder(s) en kind(eren) dienen zo veel mogelijk lokaal te worden bedient. Als gevolg van het productenaanbod publieke gezondheid is er nu sprake van één visie voor GGD en Thuiszorg. Maakt gebruik van de integrale jeugdgezondheidszorg en zorg waar wenselijk voor een doorgaande lijn van 0-19.

Leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> - De mogelijke actiepunten worden allereerst in een startdocument beschreven. Hierbij wordt heel duidelijk de link gelegd met de nota Lokaal Gezondheidsbeleid van de gemeenten. Dit startdocument wordt geschreven namens de werkgroep Leefstijl en voorgelegd aan de regiegroep. De regiegroep kan vervolgens een keuze maken voor één of een aantal LGI's (Lokale Gezondheids Initiatieven). Deze zullen dan uitgewerkt worden in aparte concrete projectvoorstellen (inclusief begroting). 	<ul style="list-style-type: none"> - Een uitvoeringsprogramma leefstijl is opgesteld⁴. Uitvoering van de projecten heeft plaatsgevonden in 2007. De volgende projecten zijn/worden door de GGD NML in opdracht van de gemeenten uitgevoerd: Slim Kids, Gezonde voeding hoeft niet veel te kosten, Real Fit en de beweegdag. - Daarnaast is in het kader van de inkoop productenaanbod GGD onderwijsbreed het project gezonde school en genotmiddelen ingezet. - Evaluatie van de projecten is in 2008 gepland. - Aanbeveling: leefstijl is bij uitstek het onderwerp waarop gemeenten lokaal beleid kunnen voeren. Op basis van epidemiologische gegevens moeten speerpunten worden benoemt. Het nieuwe productenaanbod publieke gezondheid geeft hiervoor een aanzet. Inzet van lokaal georiënteerde projecten specifieke gericht op de doelgroep.
Gezondheidseffectscreening	<ul style="list-style-type: none"> - Starten met een oefensessie om commitment te krijgen bij de vakafdelingen, een en ander in samenwerking met de functionaris Volksgezondheid. - Zorgen voor bestuurlijke commitment bij de zes colleges van B&W; wanneer het instrument is ingevoerd zal het meerwaarde blijken te hebben omdat met een beleid op andere beleidsterreinen dan specifieke volksgezondheidszorg dat rekening houdt met de effecten op de gezondheid van de bevolking behoorlijke winst bereikt kan worden. - Zorgen voor commitment bij de diverse MT's. De winst die bij 	<ul style="list-style-type: none"> - Dit thema heeft geen doorgang gevonden gelet op de beperkte middelen voorhanden. Wel is in het kader van het opstellen van de nota 2008-2011 een sessie uitgevoerd met beleidsmedewerkers van meerdere beleidstreinen om te komen tot het formuleren van integrale beleidsvoornemens; - Aanbeveling: gezondheid is niet alleen een zaak van de vakafdeling. Andere afdelingen spelen eveneens een belangrijke rol in de

⁴ "van Lokaal Gezondheidsbeleid naar Lokaal Gezondheidsinitiatief - 2006 – 2007 - gemeente Leudal"

	<p>toepassing van de checklist wordt verkregen, ontstaat pas na investeren, investeren in aandacht en tijd.</p> <ul style="list-style-type: none">- Verder implementeren van de GES, rekening houdend met de al opgedane ervaringen tijdens de oefensessie.	<p>fysieke en of sociale omgeving, met andere woorden: er dient sprake te zijn van <u>integraal</u> beleid.</p>
--	---	---

Bijlage 2: Allochtone bevolking naar leeftijd - Gemeente Leudal (1-1-2007)

Leeftijd	TOTAAL*			niet westerse allochtonen**			westerse allochtonen***		
	1e en 2e generatie	1e generatie	2e generatie	1e en 2e generatie	1e generatie	2e generatie	1e en 2e generatie	1e generatie	2e generatie
Totaal	3920	1610	2310	698	417	281	3222	1193	2029
0 t/m 14 jaar	749	165	584	270	59	211	479	106	373
15 t/m 29 jaar	567	295	272	137	91	46	430	204	226
30 t/m 44 jaar	859	506	353	202	182	20	657	324	333
45 t/m 64 jaar	1145	483	662	79	76	3	1066	407	659
65 jaar en ouder	600	161	439	10	9	1	590	152	438

* Allochtonen zijn personen van wie tenminste één ouder in het buitenland is geboren. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland is geboren met tenminste één in het buitenland geboren ouder (1e generatie) en personen die zelf in Nederland is geboren met tenminste één in het buitenland geboren ouder (2e generatie). De herkomstgroepering weergeeft met welk land een persoon een feitelijke verwantschap heeft, gegeven het geboorteland van de ouders of van zichzelf.

** Niet-westerse allochtonen zijn allochtonen met als herkomstgroepering een van de landen in de werelddelen Afrika, Latijns-Amerika en Azië (excl. Indonesië en Japan) of Turkije. Op grond van hun sociaaleconomische en sociaal-culturele positie worden allochtonen uit Indonesië en Japan tot de westerse allochtonen gerekend. Het gaat vooral om mensen die in het voormalige Nederlands-Indië zijn geboren en werknemers van Japanse bedrijven met hun gezin.

*** Westerse allochtonen zijn allochtonen met als herkomstgroepering een van de landen in de werelddelen Europa (excl. Turkije), Noord-Amerika en Oceanië of Indonesië of Japan.

Bijlage 3: Interactieve bijeenkomst Integraal Gezondheidsbeleid voor de ambtenaren van de gemeente Leudal d.d. 06 juni 2007

Bij de totstandkoming van de nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011 van de gemeente Leudal is door deze gemeente gekozen dat de ambtenaren van de disciplines Milieu, Ruimtelijke Ordening, Groenbeheer, Verkeer en Vervoer en Welzijn op een interactieve wijze met elkaar in discussie gaan om tot integrale beleidsvoornemens op het gebied van het lokaal gezondheidsbeleid te komen, aangezien binnen deze gemeente hier nog een slag te maken is. Deze bijeenkomst heeft op woensdag 6 juni 2007 plaatsgevonden. Insteek voor deze bijeenkomst is medische milieukunde (zie bijgaande hand-outs).

Aan de hand van informatie heeft de medische milieukundige van de GGD de deelnemers van deze bijeenkomst om vanuit een gezondheidsbril een keuze te laten maken om één van de drie genoemde, fictieve plannen niet door te laten gaan, omdat dit plan anders teveel schade zou hebben voor de gezondheid van de burgers. Gaandeweg deze bijeenkomst hebben de deelnemers steeds meer informatie gekregen over wat de gezondheidsschade bij invoering van deze drie plannen zou zijn. Aan de hand van steeds meer informatie dienen de deelnemers steeds weer een besluit te nemen om één van de drie plannen niet door te laten gaan. Uiteindelijk worden door de deelnemers aan de hand van de verkregen informatie een definitief besluit genomen om aan één van de drie plannen geen doorgang te geven. Met de deelnemers is vervolgens kort gediscussieerd waarom zij tot dit besluit zijn gekomen. Vervolgens geeft de medische milieukundige haar advies, indien zij vanuit gezondheidsaspecten om advies was gevraagd bij het maken van deze keuze. In deze bijeenkomst was het advies van medisch-milieukundige hetzelfde als van de deelnemers.

Tenslotte is door de GGD een korte uitleg gegeven over de Gezondheidseffectenscreening (GES). Bovendien is door de GGD een GES met fictieve cijfers ingevuld. Aan de hand van deze ingevulde GES hebben de deelnemers een duidelijk beeld gekregen hoe een GES als instrument gebruikt kan worden om vanuit medisch-milieukundige aspecten te kijken waar in een gebied het beste woningen, sportvelden, bedrijven, etc. gebouwd kunnen worden (zie ook bijgaande folder+ hand-outs GES).

Uit deze bijeenkomst zijn de volgende beleidsvoornemens naar voren gekomen:
de gemeente Leudal draagt zorg voor de gezondheid voor haar burgers;

- bij het maken van gemeentelijk beleid en het beantwoorden van vraagstukken op alle beleidsterreinen binnen de gemeente Leudal **vooraf en structureel** ook rekening te houden met gezondheidsaspecten van burgers. Hierbij kan in beleidsvoorbereidende fase de GGD bij betrokken worden om vanuit de gezondheidsaspecten van de burgers een advies te geven. Voorgesteld wordt om dit te concretiseren middels aandacht te geven voor het binnenmilieu van scholen en/of het uitvoeren van een GES binnen de gemeente Leudal bij het maken van plannen om een nieuwbouwwijk binnen deze gemeente te bouwen;
- bij de totstandkoming van de nieuwe nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011 ook de andere afdelingen dan de afdeling Welzijn binnen de gemeente Leudal benaderen, aangezien gezondheidsbeleid ook in andere beleidsterreinen aan bod komt.