



Intergemeentelijk samenwerkingsorgaan

Midden-Holland

Regionale nota gezondheidsbeleid

Midden-Holland

2007-2011

Vastgesteld door het portefeuillehoudersoverleg Zorg op 27 september 2006 en vervolgens ter vaststelling en verdere lokale en regionale uitwerking aangeboden aan de colleges van B&W in Midden-Holland

Met dank aan de opstellers

G. Braam, gemeente Nederlek

L. van Vliet, gemeente Zevenhuizen-Moerkapelle

J. Wassenberg, gemeente Gouda

I. Aten, GGD Hollands Midden, vestiging Gouda (penvoerder)

M. van Rossum, GGD Hollands Midden, vestiging Gouda

Inhoud

Inhoud.....	3
Inleiding	4
1. Gezondheid en gemeentelijk gezondheidsbeleid.....	6
1.1 Visie op gezondheid.....	6
1.2 Gemeentelijk gezondheidsbeleid	7
2. Wettelijk kader	8
2.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid	8
2.2 Versterking Landelijke Ondersteuningsstructuur	9
3. Gegevens regionale gezondheid Midden-Holland	10
4.1 Conclusies en adviezen:	16
4.2 Aandachtspunten voor uitwerking van de speerpunten	17
4.3 Aanpak gemeenten	17
5. Relevante landelijke/ regionale ontwikkelingen, sturingsmogelijkheden voor gemeenten.	20
5.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	20
5.2 Zorgverzekeringswet.....	21
5.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)	21
5.4 Integrale Jeugdgezondheidszorg.....	22
6. Regionaal plan van aanpak en financiering	25
7. Betekenis voor GGD beleidsplan	26
8. Lokale paragraaf	27
Bronvermelding	28
Bijlage 1 Lijst van gebruikte afkortingen.....	29

Inleiding

In 2003 zijn de eerste nota's lokaal gezondheidsbeleid in de gemeenten van regio Midden-Holland vastgesteld. In het najaar van 2003 is door het ISMH/GGD geconstateerd, dat er weinig verschil is in de gezondheidssituatie van de gemeenten. De lokaal gekozen speerpunten voor beleid vertonen dan ook veel overeenkomsten.

Door de gemeenten is aangegeven dat zij de GGD door middel van deze nota's willen aansturen. Daartoe moeten alle relevante landelijke en regionale ontwikkelingen in de nota's verwerkt zijn. Dat was niet altijd het geval.

Deze constatering is de aanleiding geweest om bij de tweede nota gezondheidsbeleid (2007-2011) te kiezen voor het opstellen van een regionale nota met ruimte voor een lokale paragraaf.

Over het proces:

De bestuurlijke eindverantwoordelijkheid voor de voortgang en de totstandkoming van de nota ligt bij het portefeuillehoudersoverleg zorg van Midden-Holland. De nota moet, na aanvulling met een lokale paragraaf, vervolgens in de afzonderlijke gemeenteraden besproken en vastgesteld worden.

In 2005 is ten behoeve van het opstellen van de nota een projectgroep van gemeenten en GGD in het leven geroepen.

Voor de inhoudelijke voorbereiding en advisering is gebruik gemaakt van de themabijeenkomsten lokaal gezondheidsbeleid (gemeenten (ambtenaren volksgezondheid) / GGD) en zijn de diverse afdelingen en de staf van de GGD betrokken. In juni 2006 is de conceptnota besproken met zorgaanbieders en cliëntenorganisaties.

Over de inhoud:

In de regionale nota wordt een voorstel voor speerpunten gedaan. Epidemiologische gegevens, samengevat in het **regionale gezondheidsprofiel**, vormen daar de basis voor. Eén van de wegingcriteria daarbij is de mate waarin regionale samenwerking leidt tot meerwaarde in de zin van een beter resultaat of een efficiëntere aanpak. Gemeenten zouden waar mogelijk in onderlinge samenwerking activiteiten kunnen ontwikkelen.

Er is een aantal ontwikkelingen die richting hebben gegeven aan de inhoud van deze nota.

- De **evaluatie van de huidige lokale nota's** 2003- 2007 laat zien dat het opstellen van de nota's niet in alle gevallen heeft geleid tot concrete activiteiten. De meeste nota's waren kadernota's, waarbij het ontbrak aan een concreet uitvoeringsprogramma. Daardoor zijn activiteiten onvoldoende tot stand gekomen. Als andere, belangrijke reden voor de beperkte uitvoering van de nota's worden de beperkte ambtelijke capaciteit en het gebrek aan financiële middelen genoemd.
Ambtelijk wordt dan ook aanbevolen om aan te sluiten bij het huidige beleid, het aantal speerpunten te beperken, duidelijke prioriteiten te stellen en oog te hebben voor de mogelijkheden voor uitvoering.
- In het rapport "Staat van de gezondheidszorg 2005" stelt de **Inspectie Volksgezondheid** vast dat de betrokkenheid van gemeenten bij het gezondheidsbeleid is vergroot en dat – mede dankzij de lokale nota's - de relatie gemeenten –GGD'en is versterkt. De Inspectie constateert echter ook dat er te weinig gebruik gemaakt wordt van bewezen effectieve interventies, al dan niet in combinatie met integraal/ facetbeleid. Ook wordt vastgesteld dat het in veel lokale beleidsnota's ontbreekt aan een uitgewerkt plan van aanpak, waarin planning, financiering en evaluatiemomenten opgenomen zijn.

- Voor het opstellen van de eerste nota's lokaal gezondheidsbeleid verscheen de **landelijke preventienota** voor veel gemeenten te laat: de lokale nota was al vastgesteld. Daardoor kon geen koppeling gemaakt worden met de speerpunten uit de Rijksnota. De komende landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven' zal naar verwachting in oktober 2006 aan de Tweede Kamer aangeboden worden. De uitwerking valt (vanwege de vervroegde verkiezingen) onder verantwoordelijkheid van het volgende kabinet. De inhoud op hoofdlijnen is echter al wel duidelijk.

Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een meer uitvoeringsgerichte regionale nota, die een aanzet geeft voor de uitwerking van een lokaal en regionaal plan van aanpak, inclusief een financiële paragraaf.

1. Gezondheid en gemeentelijk gezondheidsbeleid

1.1 Visie op gezondheid

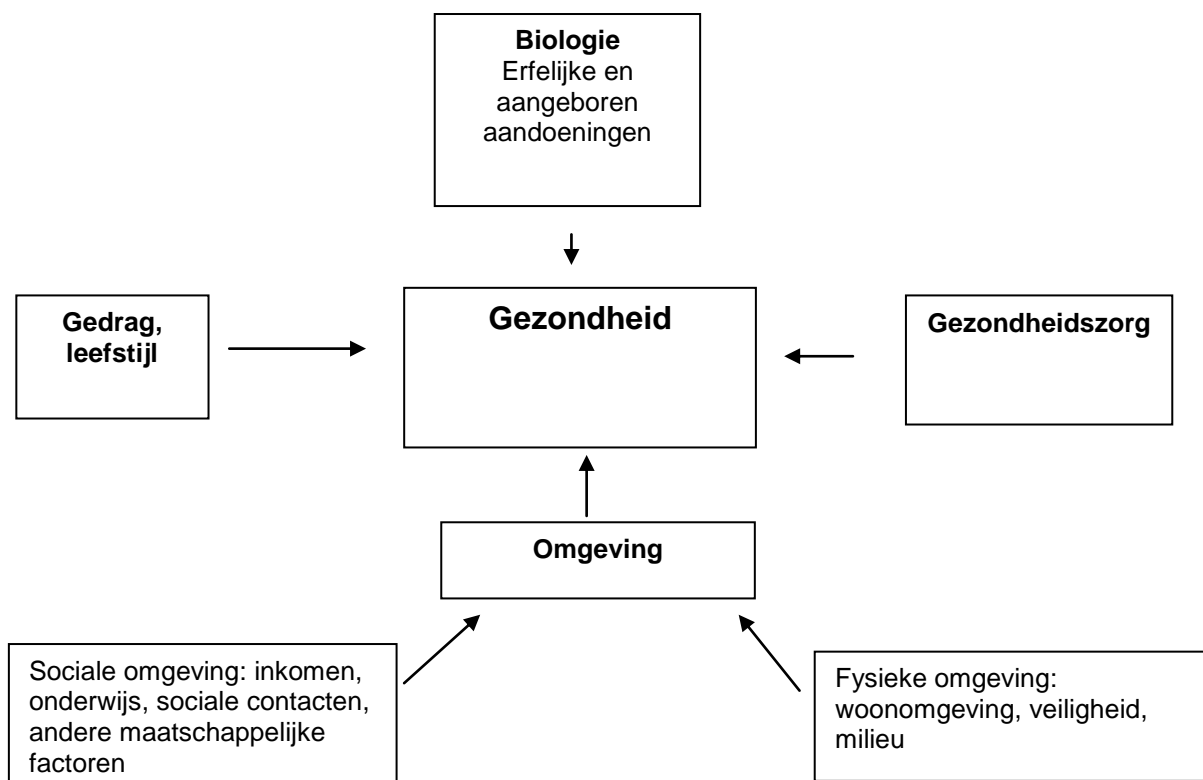
De World Health Organisation (WHO) definieert gezondheid als een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Gezondheid is een breed begrip en hangt niet alleen af van de afwezigheid van ziekte en gebrek. In deze visie zijn veiligheid, inkomen, woonomgeving en andere fysieke en sociale factoren die bijdragen aan het 'algemeen welbevinden', basisvoorwaarden voor een goede gezondheid. Partijen die hierbij een rol kunnen spelen zijn de gemeenten, scholen, werkgevers, de zorgsector e.a. Een integrale aanpak van gezondheidsproblemen is dan ook het meest effectief.

Bij het maken van beleid op het gebied van gezondheid is inzicht nodig in de manier waarop je gezondheid van mensen kunt beïnvloeden. Daarbij wordt vaak gebruik gemaakt van het zogenaamde model van Lalonde¹. In dit model worden een viertal factoren beschreven die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

- Biologische factoren
- Fysieke en sociale omgeving
- Leefstijl en gedrag
- Gezondheidszorg

Biologische factoren zijn niet beïnvloedbaar door de lokale overheid. Het beïnvloeden van leefstijl, sociale en fysieke omgeving en de gezondheidszorg kan de gezondheid van burgers bevorderen.

Bepalende factoren voor gezondheid (model van Lalonde)



¹ Lalonde, 1974, A new perspective on the health of Canadians

1.2 Gemeentelijk gezondheidsbeleid

Uitgangspunt voor gemeentelijk gezondheidsbeleid is het waar mogelijk bieden van optimale kansen op gezondheid voor iedereen. Openbare gezondheidszorg is gericht op collectieve preventie: de bescherming, bevordering en bewaking van de volksgezondheid en acute hulpverlening van de bevolking als geheel.

Aan de activiteiten op het gebied van de openbare gezondheidszorg ligt in principe geen individuele, door iemand zelf geformuleerde hulpvraag ten grondslag. Openbare gezondheidszorg vult in feite de reguliere, individugerichte zorg aan. Het gaat daarbij vooral om gezondheid van de samenleving, van risicogroepen en van mensen die tussen wal en schip vallen.

Integraal/ facetbeleid

Gezondheid wordt voor een groot deel bepaald door factoren die niet liggen op het veld van gezondheid in enge zin. Met name allerlei sociale- en omgevingskenmerken zijn van invloed op de gezondheidstoestand en –beleving van burgers. Gezondheidsbeleid staat niet op zichzelf maar heeft samenhang met allerlei beleidsterreinen. Gezondheidsbeleid wat zich richt op die samenhang wordt facetbeleid genoemd. Beslissingen die op andere terreinen, zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer, genomen worden, beïnvloeden de gezondheidstoestand van de bevolking. Door een integrale aanpak wordt de kans op een succesvolle aanpak van gezondheidsbeleid verhoogd. Vanwege die samenhang in beleid en de mogelijkheden voor lokale aansturing heeft de gemeente een centrale rol in de openbare gezondheidszorg.

Verkleinen van gezondheidsverschillen:

De kansen op een gezond leven zijn niet gelijk verdeeld. Er zijn maatschappelijke processen die ertoe leiden dat sommige mensen meer (gezondheids)risico's lopen dan anderen, minder goed in staat zijn om voor zichzelf te zorgen, minder gebruik kunnen maken van voorzieningen. Juist omdat het met de meeste burgers goed gaat, richt de gemeentelijke overheid zich in haar volksgezondheidsbeleid met name op diegenen die minder kansen hebben en meer bedreigingen ondervinden waar het gaat om hun gezondheid.

Het verkleinen van gezondheidsverschillen is uitgangspunt voor het uitwerken van beleid in concrete thema's en activiteiten. Het beleid kan hieraan getoetst worden.

2. Wettelijk kader

2.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid:

In de Wcpv zijn de verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op gebied van volksgezondheid vastgelegd. De taken voor gemeenten zijn te verdelen in bevorderingstaken en uitvoeringstaken.

Bevorderingsstaken zijn taken waarmee gemeenten permanent aandacht geven aan collectieve preventie. Het gaat om brede, algemene, niet in de eerste plaats ziektegebonden bevordering en bescherming van de volksgezondheid. De gemeente heeft daarbij ook de taak om de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg op elkaar af te stemmen.

Bevorderingstaken zijn:

1. epidemiologie: dit is het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze gegevens worden elke 4 jaar op landelijk uniforme wijze verzameld.
2. bewaken gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen: bij beslissingen van het gemeentebestuur moet meegenomen worden wat de gevolgen van de beslissing zijn voor de volksgezondheid.
3. preventie, o.a. door gezondheidsvoorlichting en – opvoeding: preventieprogramma's bestaan deels uit voorlichting en educatie om de kennis en vaardigheden van burgers te vergroten. Daarnaast hebben gemeenten zelf met name een taak op het gebied van wet- en regelgeving, het inzetten van economische instrumenten en het creëren van een gezonde leefomgeving. Een mix van deze beleidsinstrumenten biedt de meeste kans op het behalen van gezondheidswinst.
4. medisch milieukundige zorg: deze houdt zich bezig met de invloed van het milieu op de gezondheid en heeft hier een gezondheidsbevorderende taak in. De MMK behandelt klachten/vragen over gezondheid in relatie tot milieu. Wanneer bij rampen of calamiteiten gezondheidsrisico's ontstaan adviseert de MMK de GHOR (= geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) over mogelijke gezondheidsrisico's en de te nemen maatregelen.
5. technische hygiënezorg: het betreft het bevorderen van hygiëne en veiligheid op plaatsen waar risicogroepen voor verspreiding van infectieziekten bevinden en/of zich risico's voordoen. Hieronder valt o.a. het toezicht op de kinderopvang, peuterspeelzalen, seks/relaxhuizen.

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg viel ook onder de bevorderingstaken maar wordt overgeheveld van de Wcpv naar de Wmo (met uitzondering van de psychosociale hulp bij rampen)

Uitvoeringstaken zijn taken waarin de gemeente een zwaardere uitvoeringsverantwoordelijkheid heeft:

6. infectieziektebestrijding: deze taak moet de gemeente zelf uitvoeren, met behulp van de GGD. Infectieziektebestrijding kan een belangrijke rol spelen bij het handhaven van de openbare veiligheid. Ook het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en begeleiding behoort tot deze taak.
7. jeugdgezondheidszorg: de gemeenteraad moet zorgen voor het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen, zowel op individueel als op populatieniveau. De inhoud van de JGZ wordt bepaald door het 'Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar'. Dit bestaat uit een uniform deel, wat aan alle kinderen en jongeren wordt aangeboden, en een maatwerkdeel, waarin gemeenten hun keuzes kunnen laten aansluiten bij de lokale gezondheidsproblematiek.

De uitvoering van de Wcpv taken gebeurt voor het grootste deel door de GGD.

2.2 Versterking Landelijke Ondersteuningsstructuur

Het ministerie van VWS werkt momenteel aan de totstandkoming van een rijksnota preventie die in oktober 2006 naar de Tweede Kamer zal worden verstuurd. In deze nota worden de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie weergegeven. Deze nota bouwt voort op de 1^{ste} preventienota uit 2003. Door de preventienota interdepartementaal en in overleg met het veld tot stand te brengen wil de overheid draagvlak voor de inhoud van de nota laten ontstaan. Ook is het doel om consensus te bewerkstelligen over welke partij welke rol heeft in het aanpakken van de speerpunten en de landelijke, regionale en lokale samenwerking te versterken. In de nota komen concrete doelstellingen te staan, zoveel mogelijk te realiseren met de toepassing van effectieve interventies op basis van samenwerkingsafspraken.

Hoewel de preventienota op moment van schrijven van de regionale nota nog niet gereed is, is er op een aantal punten al wel duidelijkheid. De volgende speerpunten zijn gekozen: Roken, Overgewicht, Depressie, Alcohol en Diabetes. Daarnaast zijn vijf settings gekozen: wijk, werk, zorg, school en sport. Gekozen doelgroepen zijn: Jeugd, mensen met een lage sociaal economische status (SES) en beroepsbevolking. Het is de bedoeling van het ministerie van VWS dat de inhoud van de 2^e reeks gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid beter aansluit bij de rijksnota preventie.

Het ministerie van VWS werkt daarnaast aan de vorming van een aantal landelijke kenniscentra onder de vlag van het RIVM. Deze kenniscentra moeten ondermeer de uitvoering van taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg gaan ondersteunen. Het ministerie streeft ernaar dat ook de GGD'en in vijf bovenregionale samenwerkingsverbanden gaan samenwerken.

In een recent rapport (VNG-visienota over de rol van de gemeenten in de openbare gezondheidszorg, feb. 2006) stelt de VNG, gelet op bovenstaande ontwikkelingen, de vraag in hoeverre gemeenten nog ruimte zullen hebben voor het voeren van lokaal beleid. De VNG is van mening dat de openbare gezondheidszorg bij uitstek een verantwoordelijkheid is van de gemeenten.

In hoofdstuk 4 wordt het verband tussen regionale nota en de landelijke preventienota nader uitgewerkt.

3. Gegevens regionale gezondheid Midden-Holland

Belangrijke input voor de regionale nota wordt geleverd door het Regionaal Gezondheidsprofiel Midden-Holland 2006, dat door de GGD is opgesteld. Het betreft een regionaal profiel, dat betekent dat gezondheidsgegevens op het niveau van Midden-Holland gepresenteerd worden en niet afzonderlijk per gemeente. Op het moment dat de lokale paragrafen door gemeenten ingevuld gaan worden, zal de GGD de belangrijkste gezondheidsgegevens en demografische gegevens per gemeente leveren.

Er zijn diverse gegevensbronnen gebruikt voor dit gezondheidsprofiel:

- om een goed beeld te schetsen van de situatie in Nederland (ter vergelijking met Midden-Holland) en voor achtergrondgegevens over gezondheid en leefstijl is veel gebruik gemaakt van informatie die door het RIVM via internet ter beschikking is gesteld.
- de GGD Midden-Holland heeft zowel in 2002 als in 2005 een gezondheidsenquête gehouden onder de bevolking van 18 tot 65 jaar in de regio. In 2005 is daarnaast ook een enquête uitgezet onder de inwoners van 65 jaar en ouder. Resultaten uit deze enquêtes zijn zoveel mogelijk verwerkt in het gezondheidsprofiel.
- de afgelopen jaren heeft de GGD naast de gezondheidsenquêtes diverse andere onderzoeken uitgevoerd (in eigen beheer of in samenwerking met landelijke onderzoeksinstituten), waarbij specifieke onderwerpen aan bod zijn gekomen. Voorbeelden zijn een onderzoek naar overgewicht bij kinderen in Midden-Holland of onderzoek naar genotmiddelengebruik onder scholieren of naar jongeren en seksualiteit. Ook deze resultaten zijn opgenomen in het profiel.

De onderstaande samenvatting beperkt zich tot de voor gezondheidsbeleid relevante en opvallende gegevens. Het volledige profiel is beschikbaar bij de GGD.

Bevolking

Midden-Holland heeft een bevolking van iets meer dan 240.000 mensen. Vergeleken met landelijke gemiddelden wonen er relatief veel kinderen en jongeren tot 19 jaar, terwijl de leeftijdsgroep 20 tot 30 jaar minder vertegenwoordigd is. Het percentage ouderen ligt met 13,1 in 2005 nog steeds onder het landelijk gemiddelde (14,1) maar Midden-Holland vergrijst sneller dan Nederland gemiddeld.

Allochtonen:

Zowel landelijk als regionaal vindt een stijging plaats in het aantal inwoners van niet-westerse afkomst. In Midden-Holland was in 2000 6,5% van de inwoners van niet-westerse afkomst, in 2005 is dit 7,4%. In Midden-Holland wonen relatief veel Marokkanen, zij vormen dan ook de grootste groep allochtonen (29,6% van het totaal aantal allochtonen). Ter vergelijking; in Nederland is 10,1% van de allochtonen van Marokkaanse afkomst. Voor de niet-westerse allochtonen geldt dat zij een jongere bevolkingsgroep vormen, bijna 40% is jonger dan 20 jaar en slechts 3% is 65+. Hierdoor vormen zij ook een snel groeiende bevolkingsgroep.

Vergrijzing:

Eén van de belangrijkste landelijke ontwikkelingen is de vergrijzing. In Midden-Holland zal tussen 2001 en 2030 het aantal ouderen in de groep 75 jaar en ouder verdubbelen. De verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar en ouder en het aantal personen tussen de 20 en 65 jaar, is in Midden-Holland gestegen van 18,1 ouderen op 100 20-65 jarigen in 1995 tot 21,7 in 2005. Hierdoor komt Midden-Holland steeds dichterbij het landelijk gemiddelde van 22,8.

Onder ouderen komen bepaalde ziektes vaker voor dan onder jongeren. Dit geldt bijvoorbeeld voor hart- en vaatziekten, artrose, gezicht- en gehoorstoornissen, diabetes en angststoornissen/depressie.

Dit heeft gevolgen voor de vraag naar en het gebruik van de gezondheidszorg. Ook heeft de vergrijzing gevolgen voor beleid op gebied van wonen, zorg en welzijn.

Gezondheid en sterfte

Lichamelijke gezondheid:

In 2005 ervaart 89% van de bevolking in Midden-Holland tussen 18 en 65 jaar hun eigen gezondheid als goed tot uitstekend, dit betekent ook dat 11% deze als matig tot slecht ervaart. Kwetsbare groepen zijn alleenstaanden (21% ervaart gezondheid als matig tot slecht) en mensen met een lage SES (16% ten opzichte van 8% voor mensen met een hoge SES)

In 2005 heeft 53% van de mensen tussen 18 en 65 jaar aangegeven last te hebben gehad van een of meer langdurige aandoeningen. Migraine en ernstige hoofdpijn zijn de meeste genoemde klachten.

Psychosociale gezondheid:

Psychische (on)gezondheid is het gevolg van de complexe relatie tussen verschillende persoonlijkheidskenmerken en andere biologische factoren (genetische factoren, somatische factoren). Daarnaast spelen ook sociale en fysieke factoren een belangrijke rol bij het risico op het ontstaan van psychosociale stoornissen.

In de gezondheidsenquête van 2005 is ook aandacht besteed aan de psychische gezondheid. Hieruit blijkt dat één op de zes volwassenen tussen de 18 en 65 jaar psychisch licht tot ernstig ongezond is. Dit percentage is voor vrouwen iets hoger dan voor mannen (18% tegen 13%). Het aantal mensen dat psychisch licht tot ernstig ongezond is, is in alle leeftijdscategorieën even hoog en ook tussen mensen met een hoge of een lage SES zijn geen verschillen te zien.

Eenzaamheid, depressie en angststoornissen zijn klachten/aandoeningen die onder psychosociale problematiek te vatten zijn.

Eenzaamheid. Uit de gezondheidsenquête van 2005 blijkt dat 35% van de inwoners van Midden-Holland tussen de 16 en 65 jaar wel eens eenzaam is, en 7 % ernstig eenzaam (in 2002 was dit respectievelijk 37% en 5%). Er is nauwelijks verschil tussen mannen en vrouwen en tussen mensen met een hoge en lage SES. Opvallend is ook dat onder alle leeftijdsgroepen 7% van de inwoners ernstig eenzaam is. Van de ouderen kampt 8% met (zeer) ernstige eenzaamheid, één of de drie ouderen noemt zichzelf matig eenzaam. Gezien de verwachte toename van de vergrijzing zal eenzaamheid onder ouderen in absolute zin toenemen. Het percentage (ernstig) eenzame ouderen verschilt niet tussen mannen en vrouwen en verschilt ook niet tussen ouderen tot en ouderen vanaf 75 jaar. Wel blijkt dat meer ouderen met een lage SES te maken hebben met (zeer) ernstige eenzaamheid.

Angststoornis/depressie. Resultaten uit de gezondheidsenquête laten zien dat in Midden-Holland bij 32% van de inwoners tussen de 18 en 65 jaar sprake is van een licht risico op een angststoornis of een depressie. Bij 5% is zelfs sprake van een zwaar risico. Met name jongere vrouwen (19 – 34 jaar) lopen risico. Van de ouderen in Midden-Holland loopt ook 5% een ernstig risico op één van deze aandoeningen, voor 32% geldt dat zij hierop een matig risico lopen. Cijfers voor ouderen en volwassenen komen dus overeen. Bij ouderen lopen vrouwen een groter risico dan mannen. Ook lopen ouderen met een lage SES een groter risico.

Uit onderzoek is gebleken dat 21% van de kinderen van 0 tot 12 jaar te maken heeft met psychosociale problemen (komt overeen met landelijke percentage). Ervaringen van de afdeling JGZ van de GGD Hollands-Midden leren dat ongeveer 15 tot 20% van de jongeren van 13-15 jaar een risico loopt op psychosociale problemen.

Er bestaan geen gegevens over het vóórkomen van psychosociale problemen bij de Marokkaanse doelgroep in Midden-Holland maar uit landelijk onderzoek blijkt dat zij vaker te maken hebben met deze problematiek.

Verlies aan gezonde levensjaren

Landelijke cijfers tonen aan dat de meeste ziektelast wordt veroorzaakt door hart- en vaatziekten, kanker en psychische stoornissen. Binnen verschillende leeftijdscategorieën spelen verschillende aandoeningen een belangrijke rol:

Kinderen: aangeboren afwijkingen, ongevallen, infectieziekten, ziekten van de ademhalingswegen, huidziekten en psychische stoornissen,

Jongeren en jongvolwassenen: psychische aandoeningen (alcoholafhankelijkheid, angststoornissen, depressie, suïcide)

Middelbare leeftijd en ouderen: hart en vaatziekten, kanker en psychische stoornissen.

Leefstijl

Roken

Het percentage rokers in Midden Holland is, net als elders in Nederland, gedaald: van 37 % in 1992 naar 27% in 2005. De daling vindt vooral plaats bij de hoge SES groepen, onder lage SES groepen zijn de meeste rokers te vinden en het verschil tussen lage en hoge SES is groter geworden. Ook onder jongeren in Midden-Holland is het aantal actuele rokers (maand vóór het onderzoek) gedaald (22% in 1991 naar 18% in 2003). Het aantal rokende jongeren neemt af met toenemend opleidingsniveau.

De daling van het aantal rokers in de 21^e eeuw is voor een deel te verklaren door een sterker preventiebeleid de laatste jaren. Zo zijn reclame en sponsoring verder aan banden gelegd, is de verkoop aan jongeren onder de 16 jaar beperkt en zijn de rookverboden in het openbaar vervoer en op de werkplek aangescherpt.

Alcoholgebruik

In Midden-Holland lijkt het aantal volwassenen dat alcohol gebruikt de laatste jaren te zijn gestabiliseerd (na een eerdere toename de jaren daarvoor). Alleen het aantal zware drinkers lijkt iets gestegen te zijn.

Onder jeugdigen is juist een toename van het alcoholgebruik te zien: in Midden-Holland lag het percentage jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken in 1999 nog onder het landelijk gemiddelde (66% tegen 74%), in 2003 is van deze 'achterstand' geen sprake meer (84% en 85%). Het aantal actuele drinkers (laatste maand) is in vier jaar gestegen van 13% naar 61%. Vooral het alcoholgebruik onder scholieren jonger dan 15 jaar is toegenomen, met name bij meisjes. In 2003 heeft driekwart van hen wel eens gedronken, in 1999 was dit nog ongeveer 50%. Voor het basisonderwijs geldt dat 47% van de kinderen al eens alcohol heeft gedronken, dit is een verdubbeling ten opzichte van 1999. Breezers en premixen zijn populaire drankjes onder jonge scholieren en onder meisjes van alle leeftijden. Jongens boven de 13 jaar drinken het liefst bier. Gegevens over 'binge drinken' (vijf of meer alcoholische dranken op één avond) in Midden-Holland zijn niet beschikbaar maar landelijke cijfers tonen een verontrustend beeld.

Overgewicht, lichamelijke activiteit en voeding:

Overgewicht:

Volgens cijfers van de gezondheidsenquête van 2002 had 42% van volwassenen overgewicht, waarvan 8% ernstig overgewicht. In 2005 zijn deze percentages gestegen naar 44% en 10%. Dit betekent een stijging van 2% procent in 3 jaar.

Uit de recent uitgevoerde ouderenenquête blijkt dat 61% van de ouderen in Midden-Holland kampt met overgewicht, daarvan is bij 13% sprake van ernstig overgewicht. Overgewicht komt in deze groep dus vaker voor dan bij volwassenen. De invloed van SES op overgewicht is in deze groep kleiner. Onder jeugdigen is sprake van een sterkere toename van overgewicht. Sinds eind jaren '80 wordt door de afdeling Jeugdgezondheidszorg gegevens verzameld over overgewicht bij kinderen die voor een periodiek gezondheidsonderzoek komen. In Midden-Holland is het aantal kinderen met overgewicht in de afgelopen 15 jaar verdriedubbeld. Meisjes hebben in het algemeen vaker overgewicht dan jongens, vooral op jonge leeftijd. Verder vormen kinderen met een lage en middelhoge SES en Marokkaanse kinderen een risicogroep. Onder deze groepen kinderen komt overgewicht vaker voor.

Lichamelijke activiteit

Het aantal mensen in Nederland dat voldoende beweegt is sinds 1975 gedaald, de laatste 5 jaar is dit echter constant gebleven. Ook in Midden-Holland geldt dat de helft van de volwassenen tussen 18 en 65 jaar niet voldoende beweegt, dit geldt ook vaker voor mannen (56%) dan voor vrouwen (45%). Daarbij komt dat 48% niet aan sport doet. Dit laatste geldt vooral voor mensen met een lage SES (64% tegen 40% hoge SES).

Aanbod van eerstelijnszorg

In de eerstelijnszorg wordt in Midden-Holland voor 2010 een tekort verwacht aan huisartsen, zodanig dat ongeveer 20.000 inwoners van de regio geen huisartsenzorg zullen ontvangen. Dit tekort ontstaat door een afnemend aanbod (uitstroom) en een juist groeiende vraag naar huisartsenzorg (vergrijzing). Op dit moment gaat 65% van de volwassenen tot 65 jaar in Midden-Holland jaarlijks naar de huisarts, voor ouderen ligt dit percentage op 83%. Naast de huisarts wordt in 2010 ook een tekort verwacht aan tandartsenzorg. Voor Midden-Holland geldt dat 81% van volwassenen tot 65 jaar in 2005 naar de tandarts is geweest, onder ouderen is dit 51%.

4. Aanbevelingen voor speerpunten en doelgroepen

Zoals al eerder vermeld is er voor de tweede nota gezondheidsbeleid (2007-2011) gekozen voor het opstellen van een regionale nota met ruimte voor een lokale paragraaf. Dit omdat er weinig verschil is in de gezondheidssituatie van de gemeenten en ook de, voor de huidige periode, gekozen speerpunten veel overeenkomsten vertonen.

Met de ambtenaren volksgezondheid van de 13 gemeenten zijn een aantal bijeenkomsten gehouden waarin thema's van het gezondheidsbeleid besproken zijn. In de laatste bijeenkomsten is gewerkt aan een voorstel voor speerpunten in de regionale nota.

Voor het doen van aanbevelingen voor regionale speerpunten zijn de volgende wegingsfactoren leidend geweest:

- ernst en omvang van de betreffende problematiek in de regio Midden-Holland (o.a. gegevens regionaal gezondheidsprofiel);
- mogelijkheden voor gebruik maken van 'best practices' (interventies waarvan goede resultaten verwacht worden, gericht op risicogroepen) en meetbare resultaten (in het algemeen zijn er tot op heden nog weinig *bewezen* effectieve interventies);
- aansluiting bij het huidige lokale gezondheidsbeleid van de gemeenten in Midden-Holland;
- aansluiting bij relevante ontwikkelingen (lokaal, regionaal en landelijk);
- beschikbaarheid van financiële middelen (voldoende draagvlak voor aanpak van de problemen);
- de mate waarin een regionale aanpak een meerwaarde (beter resultaat / efficiëntiewinst) oplevert.

Op basis van het huidige gezondheidsbeleid en in ambtelijk overleg zijn in eerste instantie de volgende aandachtspunten voor gezondheidsbeleid genoemd:

- a. Overmatig alcoholgebruik
- b. Overgewicht
- c. Roken
- d. Psychosociale problematiek
- e. Toegankelijkheid van de zorg (informatievoorziening, sociale kaart, loket)
- f. Voldoende aanbod van eerstelijnszorg.

De eerste drie punten zijn zogenaamde leefstijlfactoren. Overmatig alcoholgebruik, overgewicht en roken zijn risicofactoren die een bedreiging vormen voor de gezondheid. Uit het regionale gezondheidsprofiel blijkt dat Midden-Holland hierin niet afwijkt van de landelijke tendens. Psychosociale problematiek wordt in de huidige nota's gezondheidsbeleid niet altijd zo genoemd. Wel besteden veel gemeenten aandacht aan eenzaamheid bij ouderen, psychosociale problemen bij jeugd en opvoedingsproblemen.

Hieronder wordt ieder punt toegelicht.

Ad a: Overmatig alcoholgebruik

Het overmatig alcoholgebruik onder volwassenen lijkt de laatste jaren te stabiliseren. Er zijn wel meer zware drinkers. Onder jeugdigen is het alcoholgebruik echter flink gestegen. Er wordt niet alleen meer gedronken maar jeugdigen beginnen ook steeds jonger met het drinken van alcohol. Ook jongere kinderen kopen zélf alcohol terwijl de leeftijdsgrens voor verkoop op de 16 jaar ligt. Toezicht op de verkoop aan jongeren is dus een mogelijk aandachtspunt. Het drinken van meer dan 5 glazen alcohol per avond door jongeren (het zgn. binge drinken) wordt als een toenemend probleem gezien. Bij gezondheidsbevorderende activiteiten kan extra aandacht besteed worden aan de invloed van de

sociale omgeving (ouders en vrienden). Risicogroepen verdienen extra aandacht, zoals kinderen van 10/11 jaar op het basisonderwijs en jongeren van 12/13 jaar in het voortgezet onderwijs, omdat juist onder deze groep het alcoholgebruik toeneemt.

Ook landelijk wordt aandacht gevraagd voor het overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen.

In de regio Midden-Holland vinden al diverse preventieactiviteiten plaats. Zo voeren Parnassia en de GGD voorlichtingsprogramma's uit op scholen.

Ad b: Overgewicht

Het aantal mensen met overgewicht groeit nog steeds. In Midden-Holland is er bij volwassenen in drie jaar een toename van 2 à 3 % te zien. Bij de jeugd wordt gesignaleerd dat het aantal kinderen met overgewicht de afgelopen 15 jaar verdrievoudigd is. In deze groep is de snelste stijging te zien. Kinderen met een lage/ middelhoge sociaal-economische status en kinderen van Marokkaanse afkomst vormen hierin een extra risicogroep.

Preventie interventies zouden zich moeten richten op een brede range van oorzaken voor overgewicht:

- positief beïnvloeden van persoonsgebonden factoren (kennis, attitude, zelfeffectiviteit)
- stimuleren van fysieke en sociale omgevingsfactoren die een gezonde keuze (meer bewegen, gezonde voeding) makkelijker maken

Specifieke aandacht is nodig voor risicogroepen als mensen met een lage sociaal-economische status, mensen van Marokkaanse afkomst en kinderen.

In Midden-Holland wordt door 10 gemeenten in samenwerking met de GGD het programma 'Lijf in Balans' uitgevoerd. De interventies van het programma zijn een mix van voorlichting en educatie, wet- en regelgeving en het creëren van een gezonde leefomgeving. In Waddinxveen wordt met inzet van NIGZ en GGD een pilotproject uitgevoerd dat zich richt op het realiseren van een integrale intersectorale samenwerking op het terrein van preventie van overgewicht.

Ad c: Roken

Roken is onder volwassenen iets gedaald en lijkt zich onder jongeren te stabiliseren. Roken vormt wel één van de grootste risicofactoren voor het ontwikkelen van hart en vaatziekten. De landelijke preventieve inzet (zoals het aan banden leggen van reclame) en bijvoorbeeld de aanpassing van de tabakswet heeft tot resultaat geleid. Gemeenten zijn mede verantwoordelijk voor de uitvoering van dit beleid. Huidige activiteiten op het gebied van roken zijn ondermeer voorlichtingsactiviteiten op scholen (Parnassia en GGD) en groepstrainingen 'Stoppen met roken' (GGD in samenwerking met Transmuraal Centrum). Voortzetting van het huidige aanbod is wenselijk teneinde het behaalde effect verder positief te beïnvloeden of minimaal te behouden.

Ad d: Psychosociale problematiek

Het voorkomen/verminderen van eenzaamheid onder ouderen was een speerpunt dat in veel lokale nota's werd genoemd. Gezien de verwachte toenemende vergrijzing blijft aandacht voor deze groep nodig. Bestaande activiteiten in veel gemeenten zijn die van ondermeer de Stichting Welzijn (Ouderen), gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid en het welbevinden van ouderen (signalerende huisbezoeken, ouderenadviseur, ontmoetingsmogelijkheden etc.). GGZ Midden-Holland voert, in samenwerking met Kwadraad, activiteiten uit gericht op vermindering van depressie en eenzaamheid onder ouderen.

Ten aanzien van jeugd wordt landelijk ingezet op een vroege signalering van de psychosociale problematiek. De jeugdgezondheidszorg speelt een belangrijke rol in het onderkennen van psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen. Een vroege signalering en inzet van preventieve interventies kan escalatie van problemen voorkomen. Op dit punt liggen veel raakvlakken met het jeugdbeleid en is afstemming van beleidsterreinen (onderwijs, veiligheid, zorg, werk en vrije tijd) van groot belang. Diverse instellingen in de regio zijn betrokken bij de preventie van psychosociale

problematiek bij jeugdigen zoals het Bureau Jeugdzorg, Jeugdgezondheidszorg (GGD en Vierstroom), JSO, Parnassia, Stichting Kwadraad en GGZ Midden-Holland. Gemeente Gouda is het project 'netten boeten' gestart dat zich richt op het komen tot een sluitende keten van jeugdzorg. Met behulp van regionale financiële middelen van de Regionale Agenda Samenleving (RAS-middelen) wordt onderzocht op welke wijze dit verbreed kan worden naar de gemeenten in de regio Midden-Holland.

Ad e: Toegankelijkheid van de zorg

Het is van belang dat de burger de weg naar de zorg weet te vinden. In het kader van de Wmo moeten gemeenten een loket inrichten. Het ontwikkelen van een (regionale) sociale kaart met informatie over het aanbod op het gebied van wonen, zorg en welzijn, is een belangrijk middel om te zorgen dat de informatievoorziening goed verloopt en dat de juiste zorg gevonden wordt. In het Pact van Savelberg en in een aantal gemeenten wordt aandacht aan de toegankelijkheid van de zorg besteed (zorgwelzijnskruispunten, facilitering huisvesting etc). In afwachting van de ontwikkelingen in de Wmo wordt dit punt hier niet nader uitgewerkt. Wel wordt toegankelijkheid van de zorg als een relevante randvoorwaarde gezien in het gezondheidsbeleid en wordt de aanbeveling gedaan preventieve activiteiten in de regionale sociale kaart op te nemen.

Ad f: Voldoende aanbod van eerstelijnszorg

In een aantal gemeenten zijn er nog onvoldoende huisartsen. Door de toenemende vergrijzing zal de druk op de huisartsenpraktijken ook groter worden. Het is van belang dat een bredere visie op de eerstelijnsgezondheidszorg ontwikkeld wordt, waarin naast de uitvoering van de huisartsenzorg (bijvoorbeeld in een HOED: huisartsen onder één dak) ook de ontwikkeling van woonzorgzones en mogelijk gezondheidscentra betrokken wordt.

4.1 Conclusies en adviezen:

Uit het gezondheidsprofiel blijkt dat er een flinke stijging te zien blijft ten aanzien van overgewicht en overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen. Ook de mate waarin psychosociale problematiek voorkomt baart zorgen.

Roken is één van de belangrijkste risicofactoren maar de regionale mogelijkheden voor een bijdrage aan de preventie zijn beperkt.

Wat betreft de toegankelijkheid van de zorg en het aanbod in de eerstelijnszorg speelt de aanpak zich vooral op lokaal niveau af en is die aanpak mede afhankelijk van ontwikkelingen in de Wmo.

Adviezen voor speerpunten:

Gezien bovengenoemde overwegingen zal het regionaal gezondheidsbeleid zich met name richten op:

- 1. overmatig alcohol gebruik onder jeugdigen**
- 2. overgewicht**
- 3. psychosociale problematiek bij ouderen en bij jeugdigen.**

Deze speerpunten vallen samen met de voorgestelde speerpunten uit de landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Landelijk wordt ingezet op het gebruik van effectieve interventies en best practices. Voor een samenhangend beleid moet een koppeling gemaakt worden tussen de landelijke inzet en ondersteuning, de mogelijkheden voor regionale samenwerking en de lokale uitwerking.

De keuze voor de doelgroep ouderen wijkt af van de doelgroepen die in de landelijke preventienota benoemd worden (lage sociaal-economische status, beroepsbevolking en jeugd). Ook in de 1^{ste} reeks

nota's werden ouderen in veel gemeenten als doelgroep benoemd. Het regionaal gezondheidsprofiel laat zien dat de regio in een hoge mate vergrijsd, sneller dan de rest van Nederland. Preventieve activiteiten voor ouderen blijven daarmee een aandachtspunt.

4.2 Aandachtspunten voor uitwerking van de speerpunten

Input zorgaanbieders en cliëntenorganisaties:

Op 13 juni 2006 is door de gemeenten een bijeenkomst voor regionale zorgaanbieders en cliëntenorganisaties georganiseerd. Bij die gelegenheid hebben zij kennis genomen van het voorgenomen beleid en hebben aandachtspunten voor uitwerking van de speerpunten geformuleerd.

Overgewicht:

Ten aanzien van overgewicht heeft aanpak bij de jeugd de meeste kans op succes. Interventieprogramma's voor kinderen met (dreigend) overgewicht moeten aandacht schenken aan voeding, beweging, psychosociale aspecten en opvoeding. Daarnaast zijn collectieve preventieprogramma's nodig die ouders en kinderen bewust maken van de risico's van overgewicht en gezond eten en bewegen stimuleren. Het is belangrijk dat programma's financieel toegankelijk zijn. Het belang van een integrale aanpak wordt benadrukt: bijvoorbeeld de afdeling ruimtelijke ordening (aanleg speelgelegenheden voor kinderen.) en de afdeling onderwijs (stimuleren gezonde school).

Overmatig alcoholgebruik:

Als belangrijk aangrijpingspunt voor de aanpak van overmatig alcoholgebruik worden de ouders genoemd: drankgebruik op zich is een geaccepteerd verschijnsel en het eerste glas alcohol drinken kinderen vaak thuis. Goede voorlichting over de effecten van alcohol en ondersteuning van ouders op dit punt is belangrijk om overmatig drankgebruik te voorkomen.

Het ontwikkelen van een ketenbenadering wordt benadrukt: instellingen en organisaties weten vaak nog onvoldoende wat ze voor elkaar kunnen betekenen (bijvoorbeeld school, huisarts, Parnassia). Een laagdrempelige aanpak wordt aanbevolen. Een coördinatiepunt zodat een mix van activiteiten uitgezet kan worden is van belang. Gemeenten voeren hier de regie over.

Psychosociale problematiek:

Het is niet altijd duidelijk op welk moment je bij iemand kan spreken van psychosociale problematiek. Een tijdige signalering van (dreigende) problemen is van belang om escalatie te voorkomen. Ten aanzien van kinderen vervult de jeugdgezondheidszorg een belangrijke rol in de signalering. Er zijn diverse zorgnetwerken rondom jeugd. Ook ten aanzien van psychosociale problematiek wordt het totstandbrengen van een preventieketen en het aan elkaar verbinden van zorgnetwerken genoemd om te komen tot een effectieve aanpak, zowel voor jeugd als voor ouderen. Mensen blijven daardoor beter in beeld en bij een eventuele terugval kan adequater en sneller gereageerd worden. Voor het bereiken van risicogroepen is een wijkgerichte aanpak of een aanpak waarbij school betrokken is van belang. Dicht bij de eigen leefomgeving en laagdrempelig.

De financiering van de GGZ-preventie wordt door de instellingen als aandachtspunt voor beleid genoemd.

4.3 Aanpak gemeenten

Uitgangspunten

Gezondheidsvraagstukken moeten door gemeenten niet sectoraal, maar probleem-/ vraagstukgericht worden opgepakt. Daarbij komen voor gemeenten dan ook meer wetten in beeld zoals de nieuwe

Wmo. Ook hierbij geldt dat voldoende bestuurlijke steun voor de integrale aanpak een voorwaarde is voor het succesvol aanpakken van gezondheidsvraagstukken.

a. Integrale benadering

Gezondheid wordt beïnvloed door veel verschillende factoren. Deels zijn dit factoren waarop beleid geen invloed heeft zoals persoonskenmerken en genetische kenmerken. Andere factoren zijn wel door beleid te beïnvloeden, bijvoorbeeld leefstijl, fysieke en sociale omgeving en de gezondheidszorg. Uit ervaring blijkt dat een succesvolle aanpak van gezondheidsproblemen een integrale samenwerking behoeft waarbij de beleidsvelden volksgezondheid, wonen, werken, verkeer, sociale zaken en onderwijs bij betrokken dienen te worden. Daarnaast is bekend dat de inzet van de zogenaamde ‘instrumentenmix’ meer succes beoogt. Hierbij worden instrumenten op het gebied van voorlichting en educatie, gecombineerd met economische en juridische instrumenten en met maatregelen om een gezonde leefomgeving te creëren.

b. Verkleinen van gezondheidsverschillen

In paragraaf 1.2 is aangegeven dat het gemeentelijk beleid zich zal richten op diegenen die minder kansen hebben en meer bedreigingen ondervinden waar het gaat om hun gezondheid. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2006 laat zien dat gezondheid nauw verweven is met de sociaal-economische positie: oude stadswijken en gebieden met een lage sociaal-economische status laten gezondheidsachterstanden zien ten opzichte van gebieden waar de levensstandaard hoger is. Mensen met een lage sociaal-economische status, mensen van allochtone afkomst en kwetsbare ouderen hebben niet altijd de mogelijkheid om een bewuste keuze te maken voor gezond gedrag.

Een integrale aanpak die aandacht besteedt aan het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen is aan te bevelen. Bij het uitwerken van de speerpunten in concrete activiteiten zal getoetst moeten worden of deze activiteiten bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Hieronder wordt voor de gekozen speerpunten een aantal voorbeelden van maatregelen gegeven, die gemeenten kunnen nemen in het kader van deze integrale aanpak.

Voorbeelden van beleidsmaatregelen:

Overmatig alcoholgebruik (naar instrument)

Instrument	Mogelijke maatregel
Communicatief	Beperking promotie en reclame voor alcohol
Economisch	Subsidies voor ontmoedigende maatregelen in b.v. sportkantines
juridisch	toezicht op naleving alcoholwetgeving alcoholcontroles

Overgewicht (naar sector)

Sector	Mogelijke maatregel
Onderwijs	Deskundigheidsbevordering van leerkrachten over het belang van voeding en beweging Regelgeving over minimale hoeveelheid bewegingsonderwijs, organiseren van voor- en naschoolse beleggingsactiviteiten op school,

	Gezond kantinebeleid stimuleren
Sport	Gratis of gereduceerde tarieven voor sport voor bepaalde groepen wijkbewoners, via b.v. het verstrekken van een sportpas of via een kennismakingsaanbod. Gezond kantinebeleid stimuleren
Ruimtelijke ordening/verkeer en vervoer	Realiseren van sportruimte in (achterstands)wijken ((schone) balveldjes, <u>actieve</u> hangplekken, goede verlichting) Zorgdragen voor een goede en veilige woonomgeving waarbij voorrang wordt gegeven aan maatregelen die lichamelijke activiteiten bevorderen (veilige fiets- en wandelpaden) Vergunningenbeleid tav nieuwe snackbar in omgeving van scholen
Zorg en welzijn	Stimuleren van het gebruik van opgestelde richtlijnen voor signalering, advisering en hulpverlening aan kinderen met overgewicht en obesitas

Depressiepreventie(naar sector)

Sector	Mogelijke maatregel
Onderwijs	Inzet leerplichtambtenaren bij schooluitval bij signalering psychosociale problematiek Deskundigheidsbevordering mbt signalering psychosociale problematiek aan leerkrachten Opzetten signaleringsketen voor zorg en onderwijs
Sport	Bevorderen deelname aan sportactiviteiten
Zorg en Welzijn	Versterken signalering/ screening Voorlichting (bijvoorbeeld over pesten, opvoedingsproblemen) Bevorderen van sociale weerbaarheid bij risicogroepen (bijvoorbeeld verminderen inactiviteit, deelname aan sociale activiteiten, dagbesteding) Eenzaamheidspreventie onder ouderen
Ruimtelijke ordening	Zorgdragen voor veilige, uitdagende en stimulerende woonomgeving.
Sociaal beleid	Armoedebeleid, verbeteren materiële leefomstandigheden

(Her)inrichting van wijken/Gezond bouwen.

In veel gemeenten ontstaan nieuwe wijken of worden oude wijken nieuw ingericht. Er is veel gezondheidswinst te behalen bij de inrichting van de wijk. In een verkeers- en sociaal veilige woonomgeving zullen mensen meer geneigd zijn te gaan bewegen en zich prettiger voelen. Ook met het veilig plaatsen, bouwen en inrichten van een woning is gezondheidswinst te behalen. Zo worden bijvoorbeeld gezondheidsproblemen voorkomen als men al bij de aanbouw van een woning rekening houdt met voldoende ventilatiemogelijkheden.

5. Relevante landelijke/ regionale ontwikkelingen, sturingsmogelijkheden voor gemeenten.

De volgende landelijke en regionale ontwikkelingen zijn van invloed op de uitwerking van het gezondheidsbeleid.

5.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo is een nieuwe wet waarin een aantal bestaande wetten gebundeld worden: de Wet voorzieningen gehandicapten, de welzijnswet, een aantal onderdelen uit de AWBZ (zoals huishoudelijke verzorging en mantelzorgondersteuning) en de OGGZ (nu onderdeel van de Wcpv). Vanaf 1 januari 2007 zal de Wmo fasegewijs ingevoerd worden.

De Wmo heeft als maatschappelijk doel: meedoen. Deelname van alle burgers aan alle facetten van de samenleving, indien nodig geholpen door vrienden, familie of bekenden. Als dat laatste niet kan biedt de gemeente ondersteuning. Gestreefd wordt naar een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen zoals de openbare gezondheidszorg.

Relatie Wcpv en Wmo

Elke vier jaar moeten gemeenten zowel een nota gezondheidsbeleid vaststellen, waarin zij aangeven wat hun plannen zijn en verantwoorden hoe zij uitvoering geven aan hun wettelijke taken ten aanzien van gezondheid. Voor de Wmo moet elke vier jaar een beleidplan opgesteld worden. Hoewel er twee verschillende wetten aan ten grondslag liggen, zijn er duidelijk raakvlakken in het beleid.

In het algemeen kan gesteld worden dat Volksgezondheid (doel van de Wcpv) en maatschappelijke participatie (doel Wmo) elkaar kunnen versterken. Een goede gezondheid bevordert maatschappelijke participatie, maatschappelijk participatie kan positief bijdragen aan een gevoel van welbevinden.

De belangrijkste raakvlakken tussen Wcpv taken en Wmo zijn:

- De uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg (Wcpv) en prestatieveld 2 van de Wmo: op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met opgroei problemen en ouders met opvoedproblemen.
- Gezondheidsvoorlichting en – opvoeding (Wcpv en prestatieveld 3 van de Wmo: het geven van informatie en advies en cliëntondersteuning (lokale loketten, algemeen maatschappelijk werk, etc).
- Epidemiologisch onderzoek (Wcpv) levert belangrijke beleidsinformatie op, ook voor de uitvoering van de Wmo.
- Bevorderen van afstemming tussen preventie, cure en care (Wcpv) heeft raakvlakken met prestatie velden 5 en 6 van de Wmo, die gericht zijn op het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfstandig functioneren van mensen met een beperking.
- Een aantal taken, zoals de OGGZ worden overgedragen van de Wcpv naar de Wmo. Deze overgang moet nog nader uitgewerkt worden.

Een belangrijk verschil is dat de Wcpv taken uitgaan van een maatschappelijke hulpvraag en het collectieve belang dienen. De Wmo taken gaan naast een maatschappelijke hulpvraag ook uit van concrete en individuele vragen van burgers.

Gemeenten krijgen met de Wcpv en de Wmo in feite de regie over de keten van preventie en zorg. Een beleidsmatige afstemming om te komen tot effectieve interventies bij problemen is daarbij gewenst. Een integrale aanpak bij gesignaleerde problemen geeft in de regel het beste resultaat. Op

dit moment is de voorbereiding van de Wmo in volle gang. Hoewel het een bij uitstek lokaal georiënteerde wet is, wordt er door de Midden-Holland gemeenten meerwaarde in gezien om een aantal zaken beleidsmatig gezamenlijk voor te bereiden, te ontwikkelen en mogelijk ook uit te voeren. De gemeenten hebben gezamenlijk een projectleider Wmo Midden-Holland aangesteld bij de afdeling Bestuurszaken van het ISMH.

Het gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt voor een tweede cyclus vastgesteld. De Wmo staat wat dat betreft nog aan het begin. Voor de komende periode wordt aanbevolen dat gemeenten zich tijdig, vóór de nieuwe 4-jarige beleidscyclus beraden op de mogelijkheid gemeentelijk gezondheidsbeleid te integreren in Wmo-beleid. Duidelijk moet worden waar overlap zit of juist hiaten ontstaan.

5.2 Zorgverzekeringswet

Met ingang van 1 januari 2006 kunnen vanuit de zorgverzekeringswet alleen medische kosten die te herleiden zijn naar het individu gefinancierd worden. Daarbij dient er ook een diagnose ten grondslag te liggen aan de behandeling (zogenaamde diagnose-behandelcombinaties). Dit betekent dat preventieactiviteiten niet gefinancierd zouden kunnen worden vanuit de zorgverzekeringswet.

Bij de invoering van de nieuwe wet is echter landelijk een budget beschikbaar gesteld voor preventie in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit geld kan via de individuele beroepsbeoefenaren en via geïntegreerde vormen, bijvoorbeeld financiering op basis van zorgprogramma's en prestaties, ingezet worden. Het gaat hierbij om activiteiten op het raakvlak van preventie en curatie. Een voorbeeld hiervan is het bevorderen van een gezonde leefstijl voor chronische patiënten (zoals programma's gericht op beweging). Een ander voorbeeld is behandelprogramma's voor psychosociale zorg, dat bestaat uit een set van afspraken voor kortdurende ambulante behandelprogramma's in de eerste lijn rond depressie, angst- of slaapstoornissen of spanningsklachten. Tot slot zouden bijvoorbeeld ook afspraken gemaakt kunnen worden in het kader van jeugdproblematiek met als doel het vroegtijdig onderkennen van problematiek van bijvoorbeeld kindermishandeling, huiselijk geweld, tienerzwangerschappen of opvoedingsproblemen.

Gemeenten in Midden-Holland vinden het wenselijk te werken aan sluitende preventieketens. Zij zullen zich de komende jaren dan ook inspannen om met partijen in de regio te werken aan op elkaar afgestemde preventieprogramma's die gericht zijn op het algemene publiek en door hen gefinancierd worden (onder meer via de GGD) en preventieprogramma's die gericht zijn op het individu en gefinancierd worden vanuit de zorgverzekeringswet.

5.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg richt zich kort gezegd op de zorg voor mensen die daar zelf niet om vragen maar wel zorg nodig hebben. De doelgroep bestaat uit mensen die al jaren kampen met ernstige meervoudige problemen (zoals verslaafden met psychiatrische problemen) en mensen die bekend zijn met de hulpverlening en dreigen terug te vallen of af te glijden tot de harde kern van de OGGZ.

Diverse instellingen zijn hierbij betrokken en hebben allemaal hun eigen verantwoordelijkheid binnen de OGGZ: zoals gemeenten, GGD'en, GGZ-instellingen, ziektekostenverzekeraars, zorginstellingen, maatschappelijke opvang en algemeen maatschappelijk werk. De instellingen stellen zich gezamenlijk ten doel:

'Het vroegtijdig signaleren en beïnvloeden van risicofactoren en beschermende factoren met het oog op het voorkomen en verminderen van sociale uitsluiting en dakloosheid en het realiseren van een aanvaardbare kwaliteit van leven voor kwetsbare mensen'. (Visienota Platform OGGZ)

In aansluiting op de vraag bevinden de activiteiten zich op het terrein van de preventie, crisisinterventie, opvang en zorg. Voorbeelden hiervan zijn het Meldpunt Zó (zorg en overlast) en het Advies en steunpunt huiselijk geweld.

Wettelijk kader:

De OGGZ heeft op dit moment nog met name de Wcpv als wettelijk kader. Met ingang van januari 2007 wordt de OGGZ ondergebracht bij de Wet maatschappelijke ondersteuning. Alleen de psychosociale hulp bij rampen blijft onderdeel van de Wcpv. Vanuit een AWBZ-subsidieregeling wordt op dit moment aandacht besteed aan nieuwe initiatieven OGGZ. Deze regeling houdt per 2007, met de invoering van de Wmo, op te bestaan.

Op het terrein van preventie blijven raakvlakken met het gezondheidsbeleid: het tijdig signaleren van problemen bij jeugdigen of bij hun ouders kan escalatie voorkomen. Vaak veroorzaken problemen bij ouders problemen bij kinderen. Een sluitend netwerk rond jeugd draagt bij aan het goed en tijdig signaleren. Afstemming met de jeugdgezondheidszorg speelt hierin een belangrijke rol. Ook ten aanzien van volwassenen is het van belang een sluitend netwerk te realiseren rond volwassenenproblematiek en multiprobleemgezinnen.

GGZ preventie

GGZ-preventie wordt met ingang van 1 januari 2007 ook een verantwoordelijkheid van gemeenten via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Gemeenten zullen in de toekomst dus het beleid moeten bepalen ten aanzien van de GGZ-preventie. GGZ-preventie hangt nauw samen met de activiteiten uit de openbare gezondheidszorg (WCPV) en verslavingspreventie, dat ook onder gebracht zal worden bij de Wmo en de OGGZ.

De openbare gezondheidszorg (OGZ) behartigt zaken waar burgers niet snel om zullen vragen, maar die wel geregeld moeten zijn voor een gezonde samenleving. GGZ preventie staat voor activiteiten vanuit de gezondheidszorg om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel vroeg op te sporen om de kans dat behandeling succes heeft te vergroten. Daarnaast zijn er preventieve acties om iemand die al een psychische stoornis heeft voor erger te behoeden, bijvoorbeeld door de gevolgen ervan te verzachten of te voorkomen dat nog andere stoornissen ontstaan.

Verslavingspreventie richt zich op het uitstel van het eerste gebruik van genotmiddelen, vermindering van de consumptie van die middelen en voorkoming van problematisch gebruik en van de daarmee samenhangende gezondheidsschade, waaronder het verergeren of ontstaan van psychische problematiek. Verslavingspreventie is dus meer dan het voorkomen van verslaving. Het gaat ook om preventie van (gevolgen van) middelengebruik waarbij verslaving niet aan de orde is.

Geconstateerd wordt dat er op dit moment geen inhoudelijk samenhangend gemeentelijk beleid op het brede terrein van OGGZ bestaat. Op vele fronten wordt er in de praktijk hard gewerkt en her en der hebben gemeenten aangegeven wat hun (globale) doelstellingen zijn op dit terrein. Afstemming met het Zorgkantoor heeft tot op heden niet of nauwelijks plaatsgevonden. De invoering van de Wmo kan daarom beschouwd worden als een stimulans voor gemeenten om meer samenhang te creëren ten aanzien van OGGZ en GGZ-preventie, zowel tussen gemeenten onderling als tussen gemeenten, Zorgkantoor en zorgverzekeraar. Dit zal gebeuren binnen de regionale beleidskaders en overlegstructuur van de Wmo. De speerpunten uit de regionale nota gezondheidsbeleid worden daarbij als vertrekpunt genomen. Daarbij zal óók gekeken worden op welke wijze vanuit de nieuwe zorgverzekeringswet een bijdrage geleverd kan worden aan een sluitende (preventie)keten in de (O)GGZ.

5.4 Integrale Jeugdgezondheidszorg

Per 1 januari 2003 is het landelijk basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar ingevoerd en is naast de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar (GGD) ook de JGZ 0-4 jaar (Vierstroom) onder regie van de gemeenten gebracht. Doel is het komen tot uniformiteit en een integrale Jeugdgezondheidszorg met een doorgaande lijn in het zorgaanbod voor kinderen en jeugdigen. In de regio Midden Holland is

door het project “Samen groeien...naar een integrale Jeugdgezondheidszorg “in 2002 en 2003 de integratie van de Jeugdgezondheidszorg uitgewerkt. Dit heeft geresulteerd in een Beleidsplan 2004 – 2007, een gezamenlijk plan van gemeenten, GGD en Vierstroom.

De aansturing van de JGZ vindt plaats in de bestuurscommissie GGD subregio Midden-Holland, waarin portefeuillehouders van de 13 gemeenten zitting hebben. Het basistakenpakket bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniform deel bestaat uit activiteiten die aan alle kinderen en jongeren van een bepaalde leeftijd worden aangeboden. Met het maatwerkdeel kan het zorgaanbod specifieker afstemmen op de zorgbehoefte(n) per kind(eren). Om continuïteit aan te brengen in het maatwerkpakket zijn met gemeenten tot 2007 afspraken gemaakt over de invulling van het aanbod. Binnen dit aanbod wordt maatwerk per kind geboden.

Voor de periode 2008 – 2011 zal een nieuw beleidsplan integrale JGZ opgesteld worden. Het maatwerkgedeelte wordt geëvalueerd en opnieuw ingevuld. De nota gezondheidsbeleid vormt de opmaat voor het uitwerken van dit beleidsplan en het maatwerk. Het vormgeven van het maatwerk gebeurt in samenhang met de extra middelen die ter beschikking zijn gesteld voor het versterken van het preventief jeugdbeleid: met ingang van 2006 wordt hiertoe door het Rijk € 50 per geboren kind toegevoegd aan de Regeling Specifieke Uitkering (RSU).

De Inspectie Gezondheidszorg constateert dat GGD-en te weinig gegevens verzamelen over psychosociale problematiek bij jongeren. Versterking van de signalering en registratie levert een bijdrage aan het ontwikkelen van gericht beleid door gemeenten.

Binnen de jeugdgezondheidszorg dient nauw samengewerkt te worden. Het oppakken van problematiek werkt het beste met een multidisciplinaire benadering. Afstemming met andere beleidsvelden is van belang om problemen tijdig te signaleren en tot een passende interventie te komen. Voor de continuïteit van de zorg is samenwerking tussen de jeugdzorg, jeugdhulpverlening en reguliere jeugdvoorzieningen belangrijk.

In de aanpak van de door gemeenten als speerpunt benoemde gezondheidsbedreigingen speelt de JGZ een belangrijke rol. In het nog op te stellen beleidsplan zal de inzet van de JGZ ten aanzien van deze problematiek uitgewerkt moeten worden:

1. overgewicht bij jeugdigen
2. overmatig alcoholgebruik door jeugdigen
3. psychosociale problematiek bij jeugdigen

Overige thema's die op basis van het huidige beleidsplan van de integrale JGZ en de landelijke ontwikkelingen een rol spelen zijn:

- Elektronisch kinddossier: Met ingang van 1 januari 2007 zal landelijk het EKD worden ingevoerd. Het EKD draagt bij aan een doorgaande lijn 0-19 jaar, aan een betere registratie.
- Versterking van de signaleringsfunctie van de JGZ
- Horizontale afstemming: het betreft hier de afstemming met ketenpartners en gemeenten om te komen tot een sluitende aanpak in de zorg voor 0-19 jarigen. Dit wordt onder andere uitgewerkt in het in Gouda gestarte project Netten Boeten. Met behulp van RAS-middelen wordt onderzocht op welke wijze dit project verbreed kan worden naar de gemeenten in de regio. Ook wordt gewerkt aan het opzetten van zorgnetwerken 0-4 jaar, naast de bestaande netwerken 4-12 en 12-19 jaar.
- Huisvesting: de mogelijkheden van efficiënter gezamenlijk gebruik van huisvesting door JGZ 0-4 en JGZ 4-19 worden nader onderzocht. Het gebruik maken van één locatie kan de samenwerking en inhoudelijke integratie van de JGZ versterken en de JGZ 0-19 één gezicht

geven. Mede gelet op de ontwikkeling naar een bundeling van taken in het jeugdbeleid is visievorming op het onderbrengen van deze functies op één locatie van belang.

- Landelijke evaluatie: in 2006 zal een landelijke evaluatie van de jeugdgezondheidszorg plaats vinden. Mogelijk leidt dit tot bijstelling van het beleid.

6. Regionaal plan van aanpak en financiering

Om tot uitvoering te komen is een plan van aanpak van groot belang: ook op regionaal niveau kan, waar mogelijk, aangegeven worden op welke wijze het beleid uitgevoerd gaat worden, wat samenwerkingsmogelijkheden voor gemeenten zijn en wat belangrijke sturingsmomenten voor gemeenten zijn. Hiervoor is ook de input van de zorgaanbieders/ zorgvragers van belang die voortgekomen is uit de bijeenkomst met hen op 13 juni 2006.

Het regionale plan van aanpak wordt opgesteld in samenhang met de uitwerking van het lokaal gezondheidsbeleid en een lokaal plan van aanpak. Ook de samenhang met de RAS aanvragen wordt hierin betrokken.

Ten behoeve van het volgen van de uitvoering van het plan van aanpak zullen ook monitoring en evaluatiemomenten daarin een plek krijgen.

Voor de uitwerking van het (regionale) plan van aanpak wordt de volgende procedure voorgesteld:

Juni 2006	Eerste concept regionale nota naar zorgdag, voorgestelde speerpunten worden ter instemming voorgelegd aan portefeuillehouders 13 juni: raadpleging zorgaanbieders/ zorgvragers
Juli - september 2006	Verwerken reacties en aanvullingen op eerste concept
September 2006	Regionale nota in Portefeuillehoudersoverleg zorg ter instemming. Vervolgens aanbieden aan colleges: - advies aan de afzonderlijke colleges tot vaststelling van de regionale nota als basis voor lokale uitwerking - advies opdracht te geven voor uitvoeringsplan.
Oktober 2006	Vaststelling regionale nota door colleges
September 2006 – maart 2007	Uitwerken invulling lokaal gezondheidsbeleid Uitwerken regionaal en lokaal plan van aanpak
April 2007	Vaststellen regionaal plan van aanpak in Portefeuillehoudersoverleg
Mei/juni 2007	Vaststellen nota's in gemeenteraden, inclusief regionaal en lokaal plan van aanpak

7. Betekenis voor GGD beleidsplan

Op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de gezondheid voor haar inwoners en dienen zij op grond van artikel 5 van de WCPV ter uitvoering van de bij of krachtens deze wet opgedragen taken zorg te dragen voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten. In hun nota's lokaal gezondheidsbeleid moeten gemeenten tevens aangeven hoe zij invulling gaan geven aan de Wcpv taken (zie paragraaf 1.2). De GGD is de belangrijkste uitvoerder van deze taken.

Voor de regio Midden-Holland betreft dit de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Midden-Holland. Deze dienst is per 1 januari 2006 onderdeel geworden van de Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg Hollands Midden (RDOG). De RDOG wordt gevormd door de GGD Hollands Midden, de sector Regionale Ambulance dienst en het bureau GHOR Hollands Midden. De GGD Hollands Midden is een samenvoeging van de GGD Zuid-Holland Noord en de GGD Midden-Holland. De belangrijkste reden voor deze fusie is om aan te sluiten bij de schaal van de Veiligheidsregio, waarop ook de brandweer en politie en de gemeenschappelijke meldkamers georganiseerd zijn. Voor grootschalige taken, zoals de infectieziektebestrijding en de medische milieukunde, zullen aansturing en beleidsontwikkeling voortaan op het niveau van Hollands Midden plaatsvinden. Voor andere taken, die onderdeel zijn van het integraal gemeentelijk beleid, zal besluitvorming en aansturing blijven plaatsvinden op het subregionaal niveau van Midden-Holland, via de Bestuurscommissie GGD, subregio Midden-Holland, waarin de portefeuillehouders volksgezondheid van de desbetreffende gemeenten zitting hebben.

De GGD legt haar beleid voor een meerjarige periode vast in een beleidsplan dat onderdeel is van het beleidsplan RDOG. Voor taken die onderdeel zijn van gemeentelijk/ subregionaal beleid wordt het beleid door de Bestuurscommissie Midden-Holland vastgelegd. Op het niveau van dit beleidsplan sturen de gemeenten dus op voorhand aan op de uitvoering van de taken uit de Wcpv, passend bij de lokaal gewenste speerpunten uit het gezondheidsbeleid. Daarmee wordt niet alleen de "afstand" tot de GGD verkleind, maar wordt ook een duidelijke relatie gelegd met de versterking van de openbare gezondheidszorg op lokaal niveau. De speerpunten die de lokale bestuurders van belang vinden kunnen daarmee tot speerpunten van de GGD worden gemaakt, wat het gezondheidsbeleid in zijn algemeenheid ten goede komt.

Tevens biedt het beleidsplan van de GGD de mogelijkheid afstemming te plegen tussen de diverse gemeenten. Door op onderdelen de handen ineen te slaan kunnen effectieve interventies worden opgezet en uitgevoerd, hetgeen bovendien financieel gunstig uitpakt. Ook de in deze regionale nota neergelegde speerpunten dienen hun weerslag te krijgen in het voor de GGD nog nader uit te brengen beleidsplan voor een nieuw tijdvak.

8. Lokale paragraaf

Lokale uitwerking door betreffende gemeente. Gepland in periode september 2006 – april 2007

Bronvermelding

Versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid, uitgave GGD NL, 2003

Staat van de Gezondheidszorg 2005, uitgave Inspectie voor de Gezondheidszorg, november 2005

Uitvoeringsnotitie Wcpv, gemeente Nieuwerkerk aan den IJssel, 2005

Relatie tussen de Wcpv en de Wmo, Kansen voor de openbare gezondheidszorg!, uitgave GGD Gelre IJssel, 2006

Kapstokplan Lokaal Gezondheidsbeleid Midden Holland, Gouda, september 2002

Werken aan gezondheid, een introductie op gemeentelijk gezondheidsbeleid, publicatie in het kader van het Netwerk Gezonde Gemeenten van de VNG, 2006

Visienota Platform OGGZ

VTV 2006

Bijlage 1 Lijst van gebruikte afkortingen

ISMH	Intergemeentelijk samenwerkingsorgaan Midden-Holland
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
MMK	Medische Milieukunde
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
TNO	Nederlandse organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten