

Gezond op weg

Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011

Gemeente Winterswijk

Inleiding	4
1 Gemeentelijk en landelijk gezondheidsbeleid	6
1.1 Gezondheid	6
1.2 Gemeentelijke verantwoordelijkheden	7
1.3 Openbare gezondheidszorg	7
1.4 Lokaal gezondheidsbeleid	8
1.4.1 Zorgbeleid	8
1.4.2 Integraal beleid	8
1.4.3 Preventiebeleid	9
1.5 De Wet Publieke Gezondheid(WPG)	9
1.6 De GGD	10
1.7 De nota lokaal gezondheidsbeleid en de WPG	10
1.8 Wet Maatschappelijke ondersteuning(WMO)	10
1.9 Relatie tussen WPG en WMO	11
1.10 De landelijke preventienota: Kiezen voor gezond leven	12
2 Het analyseren van de gezondheidssituatie	13
2.1 Hoe gezond is Nederland	13
2.1.1 Internationaal vergeleken	13
2.1.2 Ziektebeelden	13
2.1.3 Ongezond gedrag	13
2.1.4 Invloed van de sociaal economische positie	14
2.1.5 Regionale verschillen	14
2.2 Demografische gegevens gemeente Winterswijk	14
2.3 De gemiddelde levensverwachting in de gemeente Winterswijk	15
2.4 Specifieke onderzoeken in de regio	16
2.4.1 E-MOVO 2003/2007	16
2.4.2 Ouderenonderzoek 2005	17
3 Evaluatie lokaal gezondheidsbeleid	20
3.1 Evaluatie gezondheidsbeleid in de gemeente Winterswijk	20
3.1.1 Bevorderen verantwoord alcoholgebruik	20
3.1.2 Terugdringen tabaksgebruik	21
3.1.3 Overgewicht bij jongeren	21
3.1.4 Bevorderen veilig rijden	22
3.1.5 Terugdringen Psycho-sociale problematiek	22
3.1.6 In kaart brengen zorgwekkende zorgmijders	22
3.1.7 Terugdringen overbelasting bij mantelzorgers	23
3.1.8 Uitbreiden buurtnetwerken	23
3.1.9 Bekend maken bestaand zorgaanbod bij ouderen	23
3.1.10 Afstemmen en samenwerking tussen zorg en aanbod bevorderen	23
3.1.11 Adequate uitvoering maatschappelijk werk	23
4 Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011	25
4.1 Zorgbeleid, preventiebeleid en integraal beleid	25
4.2 Voortzetting lopende trajecten	25
4.2.1 Project Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek	26
4.2.2 Verminderen psycho-sociale problematiek	26
4.2.3 Preventieprogramma overgewicht bij jongeren	27
4.3 Nieuwe projecten	28
4.3.1 Overgewicht	28
4.3.2 Valpreventie ouderen	28
4.4 Aangrenzende beleidsterreinen	29
4.4.1 Maatwerk Jeugdgezondheidszorg	29
4.4.2 Centrum voor Jeugd en Gezin	29
4.4.3 Lokale Zorgnetwerken	30
4.4.4 Armoedebeleid	30
4.4.5 Huiselijk geweld	31

4.4.6 Infectieziekten	31
4.4.7 Milieu	32
5 Uitvoering en evaluatie lokaal gezondheidsbeleid	33
6 Financiën	33
Bijlagen	
Bijlage 1	35
Bijlage 2	37
Bijlage 3	39
Bijlage 4	40
Bijlage 5	41
Bijlage 6	42

Inleiding

Een goede gezondheid wordt door velen gezien als een groot goed en is van belang om in de maatschappij in sociaal en economisch opzicht goed te kunnen functioneren. Ieder heeft een eigen verantwoordelijkheid voor gezond gedrag waarbij men vanaf jonge leeftijd al voortdurend keuzes maakt die van invloed zijn op de eigen gezondheid. Die keuzes hebben niet alleen invloed op de persoon zelf maar ook op de omgeving. Hoe gezonder iemand is hoe meer volwaardig aan de samenleving kan worden deelgenomen. Daarbij zijn er allerlei organisaties die mensen (kunnen) ondersteunen om gezond te blijven.

De overheid heeft een centrale taak in het bevorderen van de gezondheid. Op lokaal niveau hebben gemeenten een wettelijke taak in het beschermen en bevorderen van de gezondheid van haar burgers.

Deze taak is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (WPG). De WPG vervangt met ingang van 1 december 2008 de WCPV(Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid). De WPG verplicht de gemeente lokaal gezondheidsbeleid vorm te geven en dit elke vier jaar in een nota vast te leggen. De nota 'Gezond op weg' betreft de periode 2008-2011.

Lokaal gezondheidsbeleid betreft alle acties die zijn gericht op het behouden of verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking en bestaat veelal uit preventieve activiteiten. Ook huisartsen en medisch specialisten besteden steeds meer aandacht aan preventie en gaan zo een belangrijke rol spelen in het preventief adviseren en ondersteunen van hun patiënten.

Zo kunnen zij meewerken aan preventie activiteiten om tijdig een ongezonde leefgewoonte bij te stellen zodat (mogelijk) een chronische ziekte (lichamelijk en/of geestelijk) kan worden voorkomen.

Het lokaal gezondheidsbeleid heeft veel verbinding met het in 2007 opgestelde WMO-beleid. Het lokaal gezondheidsbeleid richt zich op het bevorderen en beschermen van de gezondheid, dat wil zeggen het gezond houden van burgers.

De WMO richt zich op het ondersteunen van kwetsbare burgers. Dat zijn vaak mensen die ook een kwetsbare gezondheid hebben.

Een goede preventie kan bijdragen aan het verminderen van de vraag naar maatschappelijke ondersteuning. Preventie is hierbij voorliggend op maatschappelijke ondersteuning. Er is daarom alle belang bij te investeren in deze preventie en een stevig preventiebeleid neer te zetten, voorliggend op het WMO-beleid.

De rijksoverheid ondersteunt de gemeenten door te zorgen dat er voor de gemeenten diverse informatiebronnen gereed zijn. Bij het opstellen van de nota 'Gezond op weg' is goed kennis genomen van de in oktober 2006 verschenen rijkspreventienota 'Kiezen voor gezond leven' waarin de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie voor de periode 2007 – 2010 zijn vastgesteld.

Voor het opstellen van de beleidsnota zijn de voor de gezondheidszorg relevante beleidsterreinen zoals onderwijs, jeugd, ouderen, milieu, armoedebestrijding en sport betrokken.

Om gezondheidsbeleid mede op basis van de dagelijkse praktijk vast te stellen is er recent een inventarisatie van knelpunten gedaan met medewerking vanuit de professionals uit de praktijk (eerstelijnszorg, instellingen, onderwijs en WMO-raad).

De komende jaren worden deze organisaties vanzelfsprekend ook nauw betrokken bij de verdere uitvoering van het gezondheidsbeleid. De gemeentelijke taak hierbij is het houden van de regie over de uitvoering van de gemeentelijke taken op het gebied van volksgezondheid.

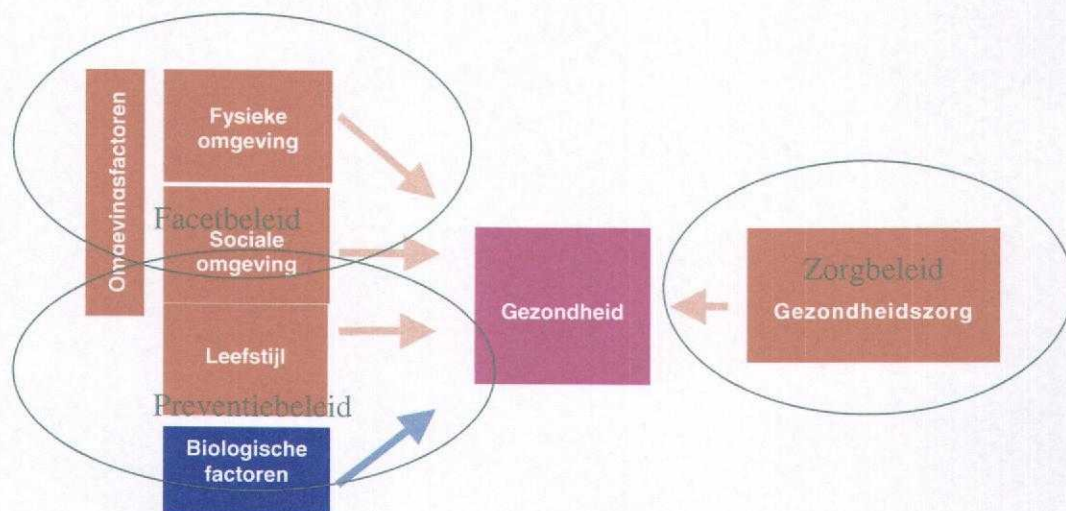
1 Gemeentelijk en landelijk gezondheidsbeleid

1.1 Gezondheid

Gezonde mensen voelen zich beter, zijn minder vaak ziek en werken meer en langer, kortom: ze kunnen beter meedoen. Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Gezondheidswinst helpt dus de burger en de samenleving. Gezondheid is een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, die wordt bepaald door factoren van binnenuit en van buitenaf, zowel in negatieve als in positieve zin.

Een veel gebruikt model om de factoren die van invloed zijn op gezondheid in kaart te brengen is het model van Lalonde (Canadese minister van Gezondheid).

Figuur 1: Model van Lalonde



Lalonde onderscheidt vier factoren welke van invloed zijn op gezondheid: biologische en erfelijke factoren, omgevingsfactoren (de fysieke en sociale omgeving), leefstijlfactoren en de gezondheidszorg.

Bij de biologische en erfelijke factoren gaat het vooral om de aangeboren eigenschappen: de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte. De tweede factor die invloed op de gezondheid van de mens heeft is de omgeving. Hierbij gaat het om de invloeden die buiten het menselijk lichaam liggen en waarover het individu weinig of geen controle heeft. Zoals milieuvervuiling, de ruimtelijke ordening en infectieziekten. Bij leefstijl, de derde factor, ligt dit anders. Mensen hebben een grote invloed op hun manier van leven. Ongezonder eten, weinig bewegen, stress, roken en het overmatig gebruik van alcohol en drugs, zijn over het algemeen niet bevorderlijk voor de gezondheid. Door verandering van gedrag kan een individu zijn risico's op ziekten verkleinen. De vierde factor is de gezondheidszorg. Bepalend zijn de kwaliteit, de kwantiteit en de bereikbaarheid van de geleverde diensten.

Gezondheid en gezond gedrag zijn in de eerste plaats een individuele zaak, maar uit het bovenstaande model blijkt dat meerdere factoren een rol spelen. Het beïnvloeden van de biologische factoren valt buiten het bereik van het gemeentelijk gezondheidsbeleid (daarop

richt zich de medische sector), maar gemeenten kunnen hun lokaal gezondheidsbeleid succesvol inzetten op de volgende drie terreinen:

- **Gezondheidszorg: zorgbeleid**
Gezondheidszorg: de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.
- **Omgevingsfactoren: integraal gezondheidsbeleid (facetbeleid)**
Omgevingsfactoren (de fysieke en sociale omgeving): wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten.
- **Leefstijl/ gedrag: preventiebeleid**
Leefstijlfactoren: het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).

1.2 Gemeentelijke verantwoordelijkheden

De gemeente heeft op basis van verschillende wetten een bepaalde verantwoordelijkheid voor de gezondheid van haar burgers. Om te beginnen geeft de grondwet aan dat gemeenten verantwoordelijkheden hebben op het brede volksgezondheidsterrein. Verder hebben gemeenten taken op terreinen die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloeden: welzijn, volkshuisvesting, milieu, verkeer, onderwijs, sociale zekerheid en openbare orde.

Daarnaast zijn er wetten die door de gemeente uitgevoerd worden welke direct van invloed zijn op de gezondheid van de inwoners van de gemeente Winterswijk.

Zo is er bijvoorbeeld de Wet werk en bijstand (WWB), die voor alle inwoners een minimuminkomen garandeert. Ook kan er bijzondere bijstand voor noodzakelijke sociaal-medische uitgaven worden verstrekt, daar waar andere wetten en regelingen niet voorzien. Daarnaast wordt er op grond van de WMO een breed scala aan individuele voorzieningen verstrekt.

1.3 Openbare gezondheidszorg

Openbare gezondheidszorg (OGZ) is gericht op collectieve preventie. Collectieve preventie is een breed gebied. Het meest karakteristiek aan deze zorg is dat er eerder sprake is van een maatschappelijke dan van een individuele hulpvraag. Bij openbare gezondheidszorg gaat het om zorg voor de gezondheid van de samenleving, van risicogroepen en van mensen die tussen de wal en het schip vallen. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan die zich met name richt op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care).

Naast collectieve preventie omvat de OGZ ook activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg, en het acuut optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen. Voor meer informatie wordt verwezen naar bijlage 1 en 2.

1.4 Lokaal gezondheidsbeleid

Lokaal gezondheidsbeleid is gemeentelijk beleid gericht op het behouden of verbeteren van de volksgezondheid van de inwoners van de gemeente.

Het beleid van de gemeente Winterswijk is er op gericht er zo veel mogelijk aan bij te dragen dat mensen langer in goede gezondheid leven. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. Aanleg, leefstijl, omgeving en de beschikbaarheid van gezondheidszorg spelen een belangrijke rol bij iemands gezondheid.

Elke persoon is primair verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. De gemeente ondersteunt haar inwoners in het houden en krijgen van een goede gezondheid. Dat geldt zowel voor jongeren als voor volwassenen en ouderen. Jongeren krijgen extra aandacht omdat het belangrijk is vroegtijdig gezond gedrag aan te leren. Eenmaal verkeerd aangeleerd gedrag is moeilijk weer te veranderen. Daarnaast is preventie ook belangrijk om vroegtijdig verkeerde ontwikkelingen bij jongeren te signaleren.

De gemeente kan met een doeltreffend gezondheidsbeleid een gunstige invloed uitoefenen op een aantal gezondheidsbeïnvloedende factoren. Deze factoren zijn o.a. de gezondheidszorg, de omgevingsfactoren (fysiek en sociaal) en de leefstijlfactoren. Vervolgens kan gezondheidsbeleid worden verdeeld in drie deelterreinen: zorgbeleid, integraal gezondheidsbeleid en preventiebeleid.

1.4.1 Zorgbeleid

Het zorgbeleid richt zich op het bevorderen en handhaven van voorzieningen en het bevorderen van zo goed mogelijk afstemmen van deze voorzieningen op de zorgvraag. Aandachtspunten binnen het zorgbeleid zijn de **bereikbaarheid, toegankelijkheid en spreiding** van de gezondheidsvoorzieningen binnen de gemeente. De gemeente heeft de taak lacunes in de lokale zorgsituatie te signaleren en te voorkomen door te streven naar voldoende capaciteit. Op het moment dat de inwoners buiten het reguliere zorgsysteem vallen moet de gemeente zorgregelend kunnen optreden (vangnetfunctie).

1.4.2 Integraal beleid

In artikel 2 van de Wet Publieke gezondheid is bepaald dat burgemeester en wethouders de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming met de curatieve gezondheidszorg bevorderen. Het gezondheidsbeleid vormt een onderdeel van het politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen (wonen, werken, verkeer, milieu, sociale zekerheid, onderwijs, welzijn). Veel beleidsproducten binnen de gemeente hebben een gezondheidscomponent in zich. Het integrale gezondheidsbeleid (ook wel facetbeleid genoemd) is gericht op een actieve inbreng van gezondheidsaspecten (beïnvloedende factoren) in de bestuurlijke beslissingen. Het streven is dat de gemeente voortdurend gezondheidsaspecten meeweegt in haar beslissingen op allerlei terreinen die direct van invloed zijn op de gezondheid van de bevolking.

1.4.3 Preventiebeleid

Preventiebeleid is beleid gericht op het voorkomen van ziekten en het bevorderen van gezondheid door het wegnemen van risico's, het bevorderen van gezond gedrag en het scheppen van voorwaarden voor een gezond bestaan, evenals de vroegtijdige opsporing en het beperken van gevolgen van ziekte. Voor de uitvoering van preventief gezondheidsbeleid is de GGD een belangrijke partner van de gemeente. Ook niet (of niet geheel) door de gemeente gefinancierde instanties, zoals de thuiszorg, jeugdzorg, verslavingszorg, de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de eerstelijnszorg verstrekken preventieve zorg. Vanuit de regio kan de gemeente via afstemmingsoverleg initiatieven nemen en zo indirect sturend optreden.

Ingedeeld naar doelgroep kan preventie vervolgens worden verdeeld in primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Onder primaire preventie vallen activiteiten die voorkómen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat. De doelgroep bij primaire preventie zijn gezonde mensen.

Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord. De ziekte of afwijking kan daardoor 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 lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte is bij deze personen echter nog niet vastgesteld.

Bij tertiaire preventie (valt vaak onder de zorg) worden complicaties en ziekteverergering voorkomen. Ook gaat het er hier om mensen, bij wie een ziekte al is vastgesteld, meer zelfredzaam te maken. Zo is tertiaire preventie van diabetes gericht op het optimaal behandelen van bekende diabetespatiënten, om zo complicaties te voorkómen of uit te stellen.

Naast de indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie - ingedeeld naar de doelgroep van preventie - kan het preventieaanbod ook worden ingedeeld naar de methode die wordt gebruikt:

Ziektepreventie: hieronder vallen methoden zoals vaccinatie, screening en gerichte medicatie. Deze methoden zijn erop gericht ziekte bij een individu te voorkómen of vroeg te signaleren.

Gezondheidsbescherming: door het maken van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld op het gebied van roken in openbare ruimtes) en het handhaven daarvan, worden mensen minder blootgesteld aan gezondheidsbedreigende factoren.

Gezondheidsbevordering: richt zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezondheidstoestand. Veelgebruikte methoden daarbij zijn gezondheidsvoorlichting en advies op maat. Daar hoort ook bij dat een sociale en fysieke omgeving wordt gecreëerd die gezond gedrag en gezondheid stimuleert.

1.5 De Wet Publieke Gezondheid

In de Wet Publieke Gezondheid (WPG) zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van de openbare gezondheidszorg vastgelegd. De WPG heeft tot doel gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Deze wet is december 2008 in werking getreden en vervangt drie wetten, te weten de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet. Eén wet komt de inzichtelijkheid, de bekendheid en dus de werking ten goede.

De wet maakt het mogelijk dat bij dreigingen van bijvoorbeeld SARS of Vogelgriep sneller kan worden opgetreden door de burgemeester, bijvoorbeeld door het treffen van preventieve maatregelen.

Daarnaast is in de wet de verplichting tot het digitaliseren van jeugdgezondheidsdossiers opgenomen(elektronisch kinddossier).

Verder komt er in de WPG een apart onderdeel ouderengezondheidszorg, Burgemeester en wethouders worden verplicht dit onderdeel aparte aandacht te geven. De inwerkingtreding ervan vindt later plaats, in overleg met de GGD en de VNG komt er nog een nadere uitwerking.

1.6 De GGD

Voor een deel is de gemeente zelf direct verantwoordelijk voor de uitvoering van de WPG. Deze uitvoerende taken zijn grotendeels ondergebracht bij de gemeentelijke gezondheidsdienst, de GGD. In de WPG is geregeld dat elke gemeente een GGD in stand moet houden. Er bestaat dan ook een landelijk dekkend netwerk van GGD'en. In de meeste gevallen is de GGD ondergebracht in een gemeenschappelijke regeling en vindt de aansturing van de GGD plaats door een bestuur namens meerdere gemeenten. De omvangrijkste gemeentelijke taken die de GGD'en uitvoeren zijn de jeugdgezondheidszorg en de infectiebestrijding. Andere taken zijn onder andere gezondheidsbevordering en medische milieukunde.

De gemeente Winterswijk neemt samen met 21 gemeenten deel aan de GGD Gelre-IJssel. Per inwoner wordt jaarlijks een bepaald bedrag afgedragen aan de GGD(inwonerbijdrage). Het Rijk heeft bepaald welke taken de GGD in ieder geval moet uitvoeren. De ruimte die gemeenten hebben om beleid te formuleren op verschillende onderdelen van de openbare gezondheidszorg varieert. In de jeugdgezondheidszorg bestaat het grootste deel bijvoorbeeld uit het vastgelegde basistakenpakket. Maar bij een taak als gezondheidsbevordering is er meer ruimte voor gemeentelijk beleid. De gemeentelijke inbreng is geregeld door het algemeen en dagelijks bestuur dat bestaat uit wethouders en burgemeesters van de deelnemende gemeenten.

1.7 De nota lokaal gezondheidsbeleid en de WPG

In de WPG is vastgelegd dat elke gemeente verplicht elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vaststelt. In de nota formuleert de gemeente haar ambities op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid.

1.8 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) maakt de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie van alle burgers. Kwetsbare groepen mogen geen drempels ervaren om deel te nemen aan de maatschappij. De Wmo kenmerkt zich door een volledig decentrale sturingsvisie. Dit betekent dat elke gemeente - binnen de door het Rijk gestelde grenzen - zelf mag bepalen hoe ze maatschappelijke ondersteuning organiseren. Daarnaast zal de Wmo marktwerking stimuleren waardoor organisaties flexibeler moeten gaan inspelen op de wensen van burgers. De gemeenteraad is de voornaamste verantwoordingsplaats voor de uitvoering van de Wmo. Onder de Wmo moeten gemeenten periodiek per prestatieveld aangeven welke doelen ze nastreven, welke activiteiten ze ondernemen, welke

resultaten ze daarop behalen en wat de samenhang is tussen de prestatievelden. Dit alles in goed overleg met de relevante organisaties, de burgers en de raad. In de doelstellingen van de Wmo neemt de realisatie en versterking van een zogenaamde *civil society* een belangrijke plaats in. Het doel dat daarmee beoogd wordt, is dat burgers zorg en ondersteuning in hun eigen omgeving organiseren.

De Wmo omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in negen prestatievelden.

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met 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 maatschappelijke verkeer;
7. Het bieden van maatschappelijke opvang (o.a. bij huiselijk geweld), waaronder vrouwenopvang;
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

In het WMO-beleidskader 2008-2011 van de gemeente Winterswijk worden deze negen prestatievelden uitvoerig toegelicht.

1.9 Relatie tussen de WPG en de WMO

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

De WPG begeeft zich met name op het gebied van primaire en secundaire preventie (zie 1.4.3 preventiebeleid) en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De Wmo richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie en heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij.

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

De relatie tussen de WPG en de Wmo geeft inzicht in het belang van primaire en secundaire preventie.

1.10 De landelijke preventienota: Kiezen voor gezond leven

Nadat in dit eerste deel van deze Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Winterswijk de specifieke landelijke wetgeving is belicht, zoals de Wet Publieke gezondheid en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning wordt dit hoofdstuk afgesloten met de landelijke preventienota *Kiezen voor gezond leven*.

Deze preventienota van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd in het najaar van 2006 door de minister aangeboden aan de Tweede kamer. geeft hierin, namens het kabinet, voor de komende vier jaar de landelijke prioriteiten aan op het gebied van de collectieve preventie.

In de nota geeft de minister de zes belangrijkste volksgezondheidsproblemen aan: psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, kanker, ziekten van het 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.

In de nota zijn vijf speerpunten gekozen, omdat ze een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van onze belangrijkste volksgezondheidsproblemen. Het zijn:

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht (bewegen en voeding)
- Diabetes
- Depressie

Deze speerpunten behoren richtinggevend te zijn voor de prioriteiten in gemeenten. Hoewel de gemeente Winterswijk niet verplicht is zich in de komende vier jaar actief te richten op alle vijf punten, verdient het aanbeveling bij de keuze voor de nieuwe projecten voor de periode 2008 tot en met 2011, aansluiting te zoeken bij een deel van deze landelijke projecten.

De gemeenteraad heeft besloten om de onderwerpen alcoholmatiging, depressie en overgewicht te kiezen als kernthema's voor de nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011. Dit zijn minder onderwerpen dan genoemd door het ministerie van VWS, maar de evaluatie van de vorige nota volksgezondheid heeft geleerd dat het meer effect heeft om met minder thema's intensiever bezig te zijn. Dit voorkomt versnippering. Daarnaast sluiten de onderwerpen aan bij huidige projecten die in Winterswijk lopen en zal GGD Gelre IJssel deze onderwerpen met diverse projecten ondersteunen. Een voorbeeld hiervan is het alcoholmatigingsproject Achterhoek.

2 Het analyseren van de gezondheidssituatie

In de WPG staat dat de Nederlandse gemeenten om de vier jaar een nieuwe Nota lokaal gezondheidsbeleid moeten vaststellen. Een vast onderdeel van deze nota is de analyse van de gezondheidssituatie. In artikel 2 van de WPG wordt opgemerkt dat burgemeester en wethouders zorg dragen voor het "*verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking.*" In deze nota zal daarom aan de hand van verschillende onderzoeken een beeld worden geschetst van de gezondheid van de bevolking in de gemeente Winterswijk.

Hieronder vindt u eerst een algemeen overzicht dat ontleend is aan de landelijke preventienota van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uit het najaar van 2006 (Kiezen voor gezond leven). Aanvullend meer specifieke informatie over Oost-Nederland én het gebied van de 21 gemeenten die verenigd zijn in de GGD Gelre-IJssel en nadere gegevens over de gemeente Winterswijk.

2.1 Hoe gezond is Nederland

- Nederland raakt met gezondheid internationaal achterop
- Ongezond gedrag draagt flink bij aan ziektelast
- Lage sociaal-economische status nadelig voor gezondheid
- Aanzienlijke regionale verschillen in gezondheid en risicofactoren

2.1.1 Internationaal vergeleken

Nederlanders leefden in 1960 op één na het langst van alle Europeanen. Nu is Nederland naar de middenmoot gezakt. De levensverwachting van vrouwen in Nederland stijgt minder snel dan in de meeste andere EU-landen. Zij leven sinds 1980 gemiddeld 3,1 jaar langer en worden gemiddeld 81,1 jaar. Mannen leven sinds 1980 gemiddeld 5,5 jaar langer en worden gemiddeld 76,3 jaar.

In Europa worden Spaanse en Franse vrouwen het oudst, ze worden gemiddeld 84,4 jaar. Bij de mannen zijn het de IJslanders die het oudst worden, namelijk gemiddeld 79,5 jaar.

2.1.2 Ziektebeelden

Sterfte, de ziekten zelf én het verlies aan kwaliteit van leven, bepalen samen de ziektelast van een aandoening. De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn achtereenvolgens: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressies. Vervolgens: diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie. Hart- en vaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. Ook aan chronische luchtwegaandoeningen (longemfyseem en chronische bronchitis) gaan veel mensen dood. Psychische stoornissen tasten de kwaliteit van leven (ernstig) aan.

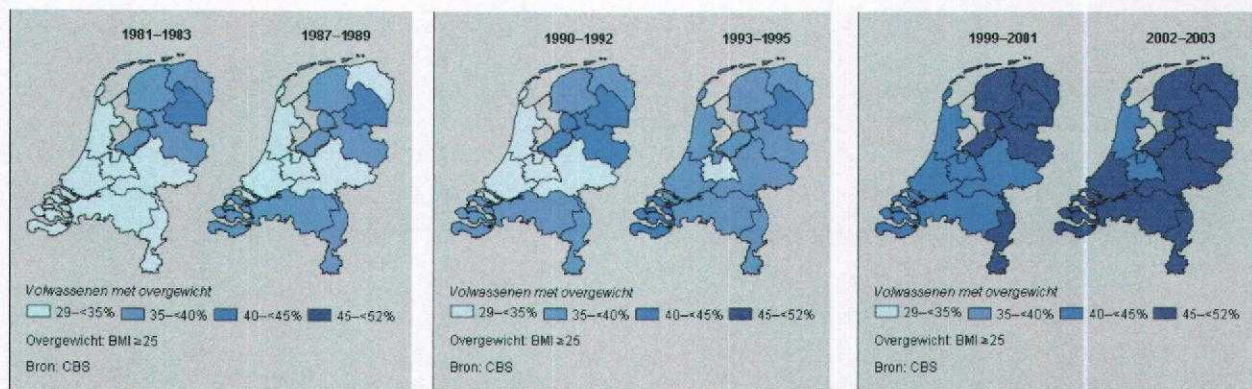
2.1.3 Ongezond gedrag

Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht leveren een forse bijdrage aan deze ziekten. In Nederland roken meer vrouwen dan in de ons omringende landen. Mensen

kunnen tien jaar langer leven als ze op hun dertigste stoppen met roken. Nederlanders drinken relatief weinig alcohol in vergelijking met andere Europeanen, maar jongeren drinken juist vaker en vooral meer. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging (Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar, Trimbosinstituut 2006). Fors alcoholgebruik op jonge leeftijd is van invloed op de cognitieve ontwikkeling en -prestaties- van de jeugd en heeft bovendien ook veel andere schadelijke gevolgen.

Overgewicht is een steeds grotere plaag voor de Nederlandse volksgezondheid, vooral bij kinderen. De balans tussen eten en bewegen is danig verstoord. Met een gezond gewicht op je twintigste, kun je 4,5 jaar langer leven.

Figuur 3: Ontwikkeling van overgewicht in Nederland (1981-2003).



2.1.4 Invloed van de sociaal economische positie

Mensen uit armere milieus (een lage sociaal-economische status, SES) gaan gemiddeld vier jaar eerder dood dan mensen uit rijkere milieus (een hoge SES). Armere mensen leven gemiddeld twaalf jaar korter in goede gezondheid dan rijkere, als gevolg van chronische aandoeningen en beperkingen. Mensen met een lage sociaal-economische status leven over het algemeen ongezonder (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaal-economische status. De verschillen in gezondheid en leefstijl tussen deze groepen zijn de afgelopen tijd niet veranderd: ze zijn stabiel gebleven in de afgelopen periode.

2.1.5 Regionale verschillen

De GGD'en voeren in opdracht van gemeenten de gemeentelijke taken op het terrein van de openbare gezondheidszorg uit. GGD-regio's in Nederland kennen onderling aanzienlijke verschillen in gezondheid en in het voorkomen van risicofactoren. Zo varieert het percentage rokers van bijna 28 procent in Noord Kennemerland tot ruim 36 procent in Oostelijke Zuid-Limburg. Het verschil tussen de regio's met de hoogste en de laagste gezonde levensverwachting is twaalf jaar.

2.2 Demografische gegevens gemeente Winterswijk

Het aantal inwoners van de gemeente Winterswijk bedroeg op 1 januari 2008 : 29.177

De leeftijdsopbouw ziet er als volgt uit:

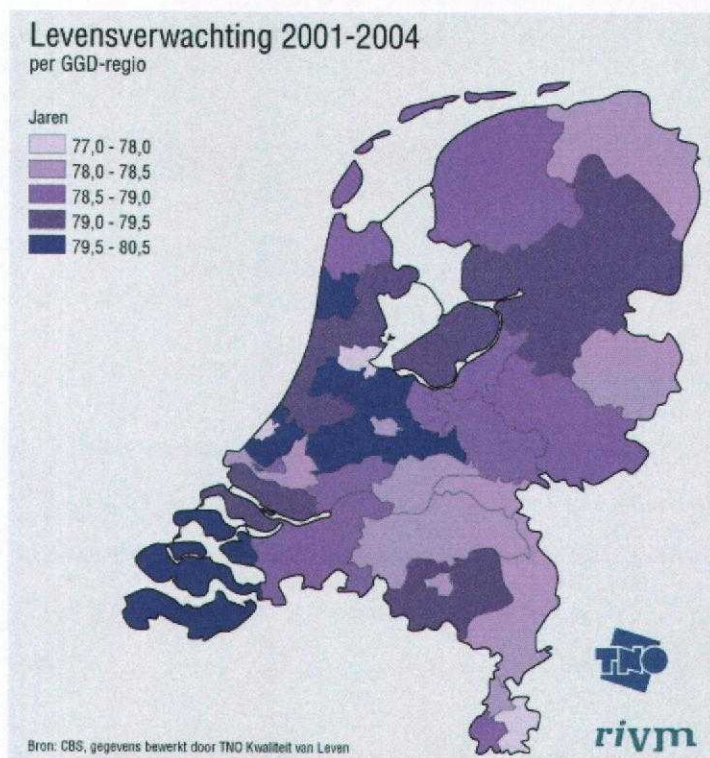
00 tot en met 14 jaar	5.362
15 tot en met 29 jaar	4.547
30 tot en met 44 jaar	5.904
45 tot en met 64 jaar	8.271
65 jaar en ouder	5.093
	----- +
	29.177

2.3 De gemiddelde levensverwachting in de regio Gelre-IJssel

Samen met 21 gemeenten – waaronder Apeldoorn, Deventer en Zutphen - vormt de gemeente Winterswijk de GGD-regio Gelre-IJssel. Hoe gezond de bevolking is, kan afgelezen worden aan verschillende maatstaven. Eén daarvan is de levensverwachting *bij geboorte*.

In de jaren 2001-2004 zijn de gemiddelde levensverwachtingen per GGD-regio in Nederland geïnventariseerd en in kaart gebracht. Op basis van dit onderzoek werd vastgesteld dat in die periode de gemiddelde levensverwachting in Nederland voor mannen 76,3 jaar was en voor vrouwen 81,1 jaar. Uit ditzelfde onderzoek bleek dat in de regio Gelre-IJssel de levensverwachting 76,2 jaar voor mannen was en 81,2 jaar voor vrouwen. Op basis van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat in de periode 2001-2004 de levensverwachting in de regio Gelre-IJssel vrijwel gelijk is aan het landelijk gemiddelde.

Figuur 5: de regio Gelre-IJssel heeft in een onderzoek over de periode 2001-2004 een gemiddelde levensverwachting van 76,2 jaar voor mannen en 81,2 jaar voor vrouwen. Dit is vrijwel gelijk aan het gemiddelde voor Nederland.



Naast het kijken naar de gemiddelde levensverwachting op het moment van geboorte, kan ook worden gekeken naar het aantal jaren waarin wordt verwacht - gemiddeld genomen op het moment van geboorte - in als goed ervaren gezondheid verwacht te leven. Op basis van het eerder genoemde onderzoek over de periode 2001-2004 kan worden vastgesteld dat deze levensverwachting in goede gezondheid, gemiddeld genomen, in de regio Gelre-IJssel hoger ligt dan het landelijke gemiddelde.

	Algemene levensverwachting		levensverwachting in (als goed ervaren) gezondheid	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Landelijk	76,3	81,1	62,2	61,7
Gelre-IJssel	76,2	81,2	63,6	62,2

2.4 Specifieke onderzoeken in de regio

De GGD'en in Nederland, waaronder de GGD Gelre-IJssel, verrichten regelmatig een groot onderzoek onder één bevolkingsgroep. Dergelijke onderzoeken bieden inzicht in de lokale gezondheidssituatie en bieden aanknopingspunten voor beleid. In de afgelopen jaren is in deze regio vooral onderzoek gedaan naar jongeren in het voortgezet onderwijs en ouderen vanaf 65 jaar. In 2008 volgt een onderzoek onder de bevolking van 18 tot 65 jaar. Van de actuele onderzoeken wordt hieronder kort een indruk gegeven.

2.4.1 E-MOVO 2003/2007

In het schooljaar 2003/2004 hebben de GGD'en in Gelderland en Overijssel het grootschalige project E-MOVO (Elektronische MOonitor en VOorlichting) uitgevoerd. Bijna 900 leerlingen uit de klassen 2 en 4 van het voortgezet onderwijs (woonachtig in de gemeente Winterswijk) hebben op school via internet een vragenlijst ingevuld over hun gezondheid en leefstijl. Verreweg de meeste jongeren in Oost-Nederland (92%) ervaren hun algehele gezondheid als goed tot uitstekend. Kortom: de meeste jongeren lijken in goede gezondheid op te groeien.

De jongeren in Winterswijk zijn over het algemeen tevreden met hun gezondheid. Toch is er ook een behoorlijke groep jongeren die aangeeft dat ze niet lekker in hun vel, dit geldt met name voor meisjes. In de regio Gelre-IJssel is dat 14%. In de gemeente Winterswijk beschouwt 10 % van deze jongeren zichzelf als psychisch ongezond. Dit is lager dan het regionale gemiddelde.

E-MOVO 2003 in cijfers: vergelijking gemeente Winterswijk met de Gelre-IJssel regio

Gemeente	Roken (% min. 1x / wk.)	Alcohol (% dat wel eens drinkt)	Heeft overgewicht %	Onvoldoende beweging %	Psychisch ongezondheid %
Winterswijk	16	78	9	32	10
Regio Gelre-IJssel	15	74	8	21	14

Oost Nederland	15	73	8	23	16
-------------------	----	----	---	----	----

Gemeente	Ontbijt minder dan 5 dg. / wk.	Groente niet elke dag %	Fruit niet elke dag %
Winterswijk	17	55	70
Regio Gelre-IJssel	19	61	69
Oost Nederland	21	62	70

Belangrijke aandachtspunten voor preventie zijn:

- Het terugdringen van het gebruik van **genotmiddelen** (met name roken en overmatig alcoholgebruik).
- Het stimuleren van een **gezond voedingspatroon en voldoende beweging** en het voorkómen van **overgewicht**.
- Het terugdringen en voorkómen van **psychische problematiek**.

De problemen in deze regio komen in grote lijnen overeen met de landelijke problemen en met de door de gemeenteraad geformuleerde prioriteiten.

Inmiddels is er in 2007 ook een E-MOVO gehouden onder dezelfde doelgroep. De cijfers per gemeente worden pas begin 2009 bekend. Er zijn al wel algemene gegevens van de hele GGD regio bekend. Uit deze algemene gegevens komen dezelfde aandachtspunten voor preventie naar voren als uit het onderzoek uit 2003,

Uit het onderzoek blijkt verder dat het alcoholgebruik met name onder kinderen uit de 2^e klassen van het voortgezet onderwijs is gedaald. het percentage is echter nog steeds hoger dan het landelijk gemiddelde. Het is dus zeer zinvol om de campagne tegen overmatig alcoholgebruik voort te zetten.

2.4.2 Ouderenonderzoek 2005

In overleg met de gemeenten binnen de GGD Gelre-IJssel is door de GGD in het najaar van 2005 een grootschalig onderzoek gehouden onder zelfstandig wonende ouderen. Dit onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met vrijwel alle andere GGD'en in Gelderland en Overijssel.

Bij dit onderzoek werd specifiek gekeken naar de lichamelijke gezondheid, de psychische gezondheid, de sociale omgeving, de woonsituatie en de woonomgeving, de zorg- en welzijnsvoorzieningen en de leefstijl.

Omdat ook per gemeente onderzoek is verricht, is het mogelijk niet alleen in zijn algemeenheid uitspraken te doen over de zelfstandig wonende ouderen in Oost-Nederland, maar wordt ook een beeld geschetst van de ouderen in de gemeente Winterswijk

De meeste ouderen (72%) beoordelen hun gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend. Dit percentage is iets hoger dan gemiddeld in de regio Gelre-IJssel en Oost Nederland.

Om een indruk te krijgen van de sociaal-economische status is onder andere gevraagd naar het inkomen. Van alle ouderen moet ongeveer 33% rondkomen van maximaal 1.150 euro per maand. In de gemeente Winterswijk zijn relatief veel ouderen met een laag inkomen vergeleken met het gemiddelde van de regio Gelre-IJssel. Van de ouderen geeft 13% aan moeite te hebben om rond te komen.

Het blijkt dat 66% van de ouderen één of meer chronische aandoeningen heeft. Veel ouderen hebben daarnaast te maken met beperkingen in het dagelijks leven. De meeste beperkingen zijn op het gebied van de mobiliteit (29%).

Eenentwintig procent van de ouderen in de gemeente Winterswijk is in de afgelopen drie maanden gevallen. In ruim de helft van de gevallen betrof het een val in of om de eigen woning. Vier procent van de ouderen heeft in de afgelopen drie maanden lichamelijk letsel opgelopen ten gevolge van een val.

Evenals in de algemene populatie komt ook bij ouderen veel overgewicht voor. Bijna 60 procent van de ouderen is te zwaar, hiervan heeft 45% overgewicht en 13% ernstig overgewicht.

In de gemeente Winterswijk voelt 16% van de ouderen zich psychisch ongezond. Psychische klachten komen met name voor bij vrouwen boven de 75 jaar. In de gemeente Winterswijk is 43% van de ouderen eenzaam. Dit percentage is iets hoger dan gemiddeld in de regio Gelre-IJssel en Oost Nederland.

Tien procent van de ouderen krijgt professionele hulp bij de persoonlijke verzorging en 9% krijgt professionele verpleegkundige hulp. Dit heeft te maken met de lichamelijke beperkingen en beperkingen in de dagelijkse activiteiten. De meeste moeite hebben ouderen met: traplopen, verplaatsen buitenshuis en zich volledig wassen. Een groot deel van de ouderen gebruikt hulpmiddelen om beter te functioneren en langer zelfstandig te kunnen blijven wonen. Zo gebruikt 20% van de ouderen een hulpmiddel bij het lopen, 8% van de ouderen een hulpmiddel bij vervoer en 35% gebruikt hulpmiddelen bij dagelijkse activiteiten.

Veertien procent van de ouderen geeft aan in het afgelopen jaar mantelzorg te hebben gekregen. Hierbij ging het in de meeste gevallen om hulp in de huishouding, gezelschap / afleiding en geldzaken / administratie. Mantelzorg wordt in de meeste gevallen verleend door kinderen. Negen procent van de ouderen heeft zelf mantelzorg gegeven in het afgelopen jaar.

De problematiek bij ouderen vanaf 75 jaar is over het algemeen aanzienlijk groter dan die bij de 65-75 jarigen.

Op basis van dit onderzoek adviseert de GGD Gelre-IJssel beleid en preventie te richten op een zestal thema's:

- eenzaamheid
- psychische ongezondheid
- valongevallen
- overgewicht
- mantelzorg
- mobiliteitsbeperkingen

Uit de voorgaande nota's lokaal gezondheidsbeleid en het huidige WMO-beleidsplan blijkt dat de gemeente Winterswijk zich al richt op de meeste van deze thema's. De eerste vier staan ook landelijk hoog op de agenda en bieden goede aangrijpingspunten voor preventiegerichte activiteiten. De thema's mantelzorg en mobiliteitsbeperkingen zijn voor gemeenten van belang in het kader van de WMO.

Vanwege het relatief hoge percentage ouderen in de gemeente Winterswijk met mobiliteitsbeperkingen is met name dit thema een punt van aandacht in deze gemeente. Het bevorderen van beweging is bij genoemde thema's een belangrijk dwarsverband waarmee, vanuit preventief oogpunt gezien, een waardevolle bijdrage geleverd kan worden aan het verbeteren van de gezondheid van ouderen. Dit punt is dan ook terug te vinden bij de beleidsvoornemens voor de komende periode.

Ouderenonderzoek 2005 in cijfers: vergelijking gemeente Winterswijk met de regio

Gemeente	Eenzaam %	Psychisch ongezond %	Valongeval afgelopen 3 maanden %	Beperkingen mobiliteit %	Mantelzorg ontvangen afgelopen jaar %
Winterswijk	43	16	21	29	14
Regio Gelre-IJssel	41	17	18	26	13
Oost Nederland	41	18	18	27	niet beschikbaar

Gemeente	Drinkt alcohol %	Heeft overgewicht (BMI>25) %
Winterswijk	64	60
Regio Gelre-IJssel	70	59
Oost Nederland	niet beschikbaar	niet beschikbaar

In bijlage 5 wordt de vergelijking gemaakt met ouderen uit de overige gemeenten in de regio Gelre-IJssel.

3 Evaluatie lokaal gezondheidsbeleid

3.1 Evaluatie gezondheidsbeleid in de gemeente Winterswijk

Deze evaluatie betreft de periode 2003-2007. De doelstellingen en activiteiten in deze evaluatie zijn overgenomen uit de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid.

De onderwerpen die in de evaluatie zijn genoemd, worden in dit hoofdstuk nader beschreven. Het gaat hierbij om:

1. Bevorderen verantwoord alcoholgebruik jongeren en volwassenen
2. Terugdringen tabaksgebruik
3. Voorkomen van overgewicht bij jongeren
4. Bevorderen veilig vrijen
5. Verminderen psycho-sociale problematiek jeugd en volwassenen
6. Terugdringen overbelasting mantelzorgers
7. Zorgwekkende zorgmijders in kaart brengen
8. Afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders bevorderen
9. Bekend maken bestaande zorgaanbod bij ouderen
10. Adequate uitvoering maatschappelijk werk
11. Uitbreiden buurtnetwerken

3.1.1 *Bevorderen verantwoord alcoholgebruik jongeren en volwassenen*

Doelstelling 2003	Terugdringen alcoholgebruik onder jongeren en volwassenen
----------------------	---

Jeugdigen drinken alarmerend veel en gaan op steeds jongere leeftijd drinken. Ook onder volwassenen wordt veel gedronken.

Preventie en voorlichtingsactiviteiten hebben zich de afgelopen jaren dan ook op beide doelgroepen gericht. Volwassenen moeten immers het goede voorbeeld geven.

De gemeente Winterswijk doet daarom mee aan het regionale project Alcoholmatiging in de Achterhoek. Dit project is eind 2005 gestart. In dit project werken de Achterhoekse gemeenten samen met diverse instanties (onder andere GGD, politie justitie, Iriszorg). Het project begint z'n vruchten af te werpen. Uit de eerste cijfers van het E-MOVO onderzoek van 2007 blijkt dat het aantal jongeren dat alcohol drinkt is afgenomen en dat de leeftijd waarop men met drinken begint hoger is geworden. Het aantal jongeren is echter nog steeds hoger dan het landelijk gemiddelde. Ook blijkt dat veel ouders zich bewuster zijn geworden van de problemen van overmatig alcoholgebruik onder jongeren.

Alcoholmatiging vergt echter een lange adem, het project wordt dan ook gedurende de periode 2008-2010 voortgezet.

Doelgroep en hoofddoelstelling zijn daarom in dit vervolgplan hetzelfde als in de periode 2005-2007: alcoholmatiging onder jongeren van 10 tot 18 jaar bevorderen waardoor de negatieve effecten van alcoholgebruik worden verminderd.

3.1.2 Terugdringen tabaksgebruik

Doelstelling 2003	Terugdringen tabaksgebruik door stimulering, voorlichting en hulpverlening
----------------------	--

Het project "Winterswijk stopt" is afgerond. Er is een plan van aanpak opgesteld en uitgevoerd. Als onderdeel van dit project is de voorlichting op scholen geïntensiveerd. Daarnaast is het ondersteuningsaanbod bij het stoppen met roken geoptimaliseerd. Dit aanbod wordt door Sensire gedaan.

Verder is er een digitaal infopunt op de website van de GGD Gelre IJssel geopend.

Locale instellingen zijn geïnformeerd over het tabaksverbod.

Activiteiten in het kader van het project zijn na de projectfase geïntegreerd in de reguliere werkzaamheden. Daarnaast is er landelijk veel aandacht geweest voor het stoppen met roken, denk bijvoorbeeld aan het rookverbod in de horeca vanaf 1 juli 2008.

3.1.3 Overgewicht bij jongeren

Doelstelling 2003	Voorkomen van overgewicht bij jongeren
----------------------	--

Naast het geven van preventieve voorlichting tijdens de periodieke gezondheidsonderzoeken op school over gezonde voeding en bewegen zijn er in de afgelopen periode verschillende cursussen georganiseerd ter voorkoming (of vermindering) van overgewicht. Deze cursussen zijn enerzijds gericht op het terugdringen van het gewicht, anderzijds gericht op een blijvende gedragsverandering. Zo is de cursus "Evenwicht voor ouders en kinderen" in het aanbod van Yunio opgenomen.

Omdat aanpak van overgewicht een kwestie van lange adem zal zijn, is eraan gewerkt de meeste onderdelen in te voegen in het reguliere programma van de jeugdgezondheidszorg. Aan alle kinderen wordt het preventieve pakket en de signalering nu standaard aangeboden. Na signalering van overgewicht en obesitas volgt advisering en zo nodig verwijzing op maat. Activiteiten binnen het maatwerk op het gebied van overgewicht blijven ook voor de komende periode van belang.

Ook het gemeentelijk sportbeleid levert een bijdrage aan het voorkomen van overgewicht. Mensen worden zoveel mogelijk gestimuleerd om sport te beoefenen. Daarbij zijn extra subsidiemogelijkheden bij deelname door jongeren en wordt deelgenomen aan het breedtesportimpuls. Voor kinderen van ouders die deelname aan sportactiviteiten niet zelf kunnen betalen, zijn er mogelijkheden tot vergoeding in het kader van de Bijzondere Bijstand. Sport is enerzijds een doel, anderzijds een middel. De integraliteit tussen sport- en gezondheidsbeleid wordt dan ook goed bewaakt. Door terugkerend onderzoek te doen in de komende jaren naar de gezondheidstoestand en leefstijl van jongeren, wordt zichtbaar in hoeverre de activiteiten ook werkelijk bijdragen aan de doelstelling (E MOVO onderzoek).

In hoofdstuk vier wordt voorgesteld om de huidige activiteiten ter voorkomen/ terugdringen van overgewicht ook in de komende jaren voort te zetten.

3.1.4 Bevorderen veilig vrijen

Doelstelling 2003	Bevorderen veilig vrijen, terugdringen aantal jongeren met Seksueel overdraagbare aandoeningen
----------------------	--

Dit is een taak die de GGD uitvoert. Daar er de afgelopen jaren landelijke campagnes zijn gevoerd en nog lopen is er besloten geen aparte locale voorlichtingsactiviteiten te organiseren. De GGD houdt bijvoorbeeld met ingang van oktober 2008 speciale seksualiteitssprekuren voor jongeren tot en met 24 jaar, deze spreekuren zijn gratis.

3.1.5 Terugdringen psycho sociale problematiek

Doelstelling 2003	Het aantal mensen met psycho sociale problematiek is verminderd
----------------------	---

In de praktijk is het lastig gebleken hier uitvoering aan te geven. Dit komt deels doordat het lastig is om de doelgroep te bereiken en doordat mensen met depressieve klachten vaak een drempel ervaren naar de hulpverlening uit angst voor stigmatisering.

Daarnaast is eenzaamheid een complex begrip, er is geen standaard oplossing voor te vinden.

In de komende jaren zal dit onderwerp opnieuw een beleidsspeerpunt zijn. In hoofdstuk vier wordt hier op teruggekomen.

3.1.6 In kaart brengen zorgwekkende zorgmijders in Winterswijk

Doelstelling 2003	Zicht krijgen op het aantal zorgmijders in Winterswijk en hun problemen
----------------------	---

Regionaal is in 2007 het coördinatiepunt multiprobleem situaties gestart. Hier kunnen professionals in de zorg zorgmijders en multiprobleem gevallen melden en kan er gezamenlijk gewerkt worden aan een oplossing.

GG Net(organisatie voor geestelijke gezondheidszorg) biedt de mogelijkheid voor bemoeizorg voor zorgwekkende zorgmijders. Dit houdt in dat mensen die zelf geen zorg zoeken na een melding uit de omgeving door een gespecialiseerde medewerker van GG net bezocht worden.

Het blijft lastig om de zorgwekkende zorgmijders te vinden, kenmerk is immers dat men zorg zoveel mogelijk mijdt. Er moeten echt signalen uit de omgeving komen.

De zorg voor zorgmijders is opgenomen in de Wmo(prestatieveld 8) en is nader uitgewerkt in het regionaal beleidsplan OGGz(Openbare geestelijke gezondheidszorg).

3.1.7 Terugdringen overbelasting bij mantelzorgers

Doelstelling 2003	Terugdringen overbelasting mantelzorgers door bekend maken huidige aanbod en inventarisatie naar behoefte nieuw ondersteuningsaanbod
----------------------	--

In de afgelopen jaren zijn er diverse maatregelen genomen om de mantelzorgers te ondersteunen. Er wordt jaarlijks subsidie verstrekt aan het VIT(Vrijwillige intensieve

Thuiszorg). VIT organiseert diverse activiteiten zoals scholing en belangenbehartiging voor mantelzorgers

Daarnaast is er een steunpunt mantelzorg in het Zorgloket ingericht. Mantelzorgers kunnen hier terecht met vragen.

Elke 3^e donderdag van de maand is er een mantelzorgsalon. Dit is een ontmoetingsplaats voor mantelzorgers voor ondersteuning en ontspanning.

Dit onderdeel is eveneens opgenomen in de Wmo(prestatieveld 4) en wordt nader uitgewerkt in het beleidsplan Vrijwilligers en Mantelzorgers.

3.1.8 Uitbreiden buurtnetwerken

Doelstelling 2003	Noodzaak uitbreiding buurtnetwerken onderzoeken
----------------------	---

Winterswijk heeft in het kader van het Kleine Stedenbeleid subsidie ontvangen van de provincie. Met deze middelen wordt geïnvesteerd in het opzetten van buurtnetwerken. Er lopen in dit kader diverse projecten om het buurtwerk uit te breiden. Het wijkwerk heeft de afgelopen periode prioriteit gekregen. Er is een wijkwerkcoördinator aangesteld. In het wijkplatform werken diverse instanties(zoals politie, woningbouwvereniging, algemeen maatschappelijk werk) nauw met elkaar samen om problemen in wijken op te lossen.

Dit onderdeel is eveneens opgenomen in de Wmo (prestatieveld 1).

3.1.9 Bekend maken bestaande zorgaanbod bij ouderen

Doelstelling 2003	Bestaand zorgaanbod is beter bekend bij ouderen
----------------------	---

Bij het zorgloket zijn inmiddels twee ouderenadviseurs benoemd, zij geven voorlichting over het gehele zorgaanbod aan ouderen. Verder is er het Project Compleet Wonen. Dit is een samenwerking tussen het gemeentelijk zorgloket, De Woonplaats en Sensire. Het bevordert het integraal werken rondom wonen en zorgen voor ouderen. De ouderenadviseurs participeren in dit project.

3.1.10 Afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders bevorderen

Doelstelling 2003	Betere afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders gerealiseerd
----------------------	--

Dit is een onderwerp dat is ondergebracht bij de Wmo. Er zijn diverse overleggen tussen zorginstellingen en andere partners. In het algemeen weet men elkaar wel te vinden, maar door de veelheid van hulpverleners, casusoverleggen is het niet altijd meer inzichtelijk wie waar mee bezig is.

Er wordt momenteel regionaal gewerkt aan de structurering van de netwerken rondom mensen met problemen. Dit onderwerp wordt verder in deze nota niet behandeld, het valt onder het Wmo beleid.

3.1.11 Adequate uitvoering maatschappelijk werk

Doelstelling 2003	Afspraken maken met Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)over kwaliteitsimpuls
----------------------	--

De afspraken met het AMW zijn de afgelopen jaren aangescherpt. Regio Achterhoek gemeenten gaan met ingang van 2009 gezamenlijke afspraken maken met het AMW. Na diverse personele wisselingen bij Sensire AMW is de situatie nu stabiel. Ook dit onderwerp is een onderdeel geworden van de Wmo.

4 Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011

4.1 Zorgbeleid, preventiebeleid en integraal beleid

In het eerste hoofdstuk van deze nota is het belang van zorgbeleid, preventiebeleid en integraal gezondheidsbeleid beschreven. Op basis van de bestaande wettelijke kaders, de evaluatiegegevens, de landelijke en regionale ontwikkelingen en de waardevolle suggesties vanuit de professionele instellingen/eerstelijnszorg/werkveld/onderwijs en WMO-raad naar aanleiding van de gehouden enquête in mei 2008 over lokaal gezondheidsbeleid, wordt voorgesteld voor de komende jaren te kiezen voor de oude en nieuwe beleidsvoornemens. De oude beleidsvoornemens zijn aangepast naar aanleiding van nieuwe ontwikkelingen en inzichten en de resultaten van de evaluatie van het bestaande beleid. De bestaande en nieuwe beleidsvoornemens worden in dit hoofdstuk beschreven.

Bij deze beleidsvoornemens ligt de nadruk op preventiebeleid. Veel beleidsonderwerpen binnen de gemeente Winterswijk hebben directe raakvlakken met gezondheid. Hierbij valt te denken aan welzijn, milieu, veiligheid, onderwijs, ruimtelijke ordening en verkeer en vervoer. Bijlage 3 geeft hiervan een duidelijk overzicht.

Binnen de gemeentelijke organisatie van de gemeente Winterswijk is men zich ervan bewust dat de integrale aanpak de kwaliteit en de slagvaardigheid van de uitvoering van het beleid ten goede komt. Wat betreft de integrale aanpak in relatie tot gezondheidsbeleid geldt dat er in praktijk nog meer dan nu gebruik van moet worden gemaakt.

Op termijn kan worden gekozen voor een procedureel vastgelegde gezondheidstoets of gezondheidseffectscreening. Van een dergelijke duidelijk vastgelegde stap in de besluitvorming is nu nog geen sprake. Wel blijft artikel 2 van de Wet Publieke Gezondheid van kracht. Hierin is bepaald dat burgemeester en wethouders bij de bestuurlijke beslissingen de gezondheidsaspecten moeten bewaken.

4.2 Voortzetting lopende projecten

In het vorige hoofdstuk worden elf onderwerpen genoemd:

1. Bevorderen verantwoord alcoholgebruik jongeren en volwassenen
2. Terugdringen tabaksgebruik
3. Voorkomen van overgewicht bij jongeren
4. Bevorderen veilig vrijen
5. Verminderen psycho-sociale problematiek jeugd en volwassenen
6. Terugdringen overbelasting mantelzorgers
7. Zorgwekkende zorgmijders in kaart brengen
8. Afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders bevorderen
9. Bekend maken bestaande zorgaanbod bij ouderen
10. Adequate uitvoering maatschappelijk werk
11. Uitbreiden buurtnetwerken

Drie van deze onderwerpen (1, 3 en 5) worden in dit hoofdstuk als beleidsvoornemen voor de komende periode 2008-2011 genoemd. Het huidige beleid wordt voortgezet en voor een

deel ook uitgebreid. De overige behoren langzamerhand tot de reguliere taken van de gemeente Winterswijk of behoren inmiddels tot een van de prestatievelden van de Wmo en worden in dat kader uitgevoerd of er wordt beleid voor ontwikkeld. Onderstaande projecten zijn een voortzetting van lopende activiteiten.

4.2.1 Project 'Alcoholmatiging jeugd in de Achterhoek'

Doelstelling	Bevorderen van alcoholmatiging onder jongeren van 10 tot 18 jaar waardoor de negatieve effecten van alcoholgebruik worden verminderd
Uitvoering	De eerste projectfase (2005-2007) is afgerond. Bij de start is ervoor gekozen om het project in ieder geval te vervolgen voor drie jaar, 2008-2010. Momenteel wordt er gewerkt aan de uitvoering van het vervolgplan 2008-2010.
Partijen	Scholen, sportverenigingen, jeugd- en jongerenwerk, horeca, winkeliers, GGD, IrisZorg, politie, openbaar ministerie, de gemeente Winterswijk en de regiogemeenten
Financiën	Het project wordt niet gefinancierd uit de gemeentelijke inwonerbijdrage aan de GGD die gekoppeld is aan het aantal inwoners, maar is een project dat jaarlijks als zodanig is opgenomen in de gemeentebegroting.

Er is hier sprake van een preventietaak en het project ligt als zodanig volledig in de lijn van het wettelijk kader en de gemeentelijke verantwoordelijkheid. Daarnaast sluit het project aan bij de genoemde speerpunten in de rijksnota 'Kiezen voor gezond leven' en de voornemens uit de gemeentelijke programmabegroting. Het project wordt regionaal opgepakt met daaraan gekoppeld diverse activiteiten op lokaal niveau.

Zo neemt Winterswijk onder andere deel aan de pilot Handhaving Drank en horecawet. Dit houdt in dat handhavers horeca en winkels bezoeken om te controleren op het verstrekken van alcohol aan personen jonger dan 16 jaar.

Verder heeft Winterswijk ademtestapparatuur verstrekt aan Disco Woold. Kinderen onder de 16 jaar die alcohol hebben gedronken mogen niet meer naar binnen. Zo wordt geprobeerd het 'indrinken' aan banden te leggen.

Op regionaal niveau zijn er diverse voorlichtingscampagnes om met name ouders bewust te maken van de gevaren van alcoholgebruik op (te) jonge leeftijd. Jongeren worden benaderd op de plekken waar ze het meest komen, dat is op school, maar ook in uitgaansgelegenheden. Zo worden er in samenwerking met jeugd- en jongerencentra bijvoorbeeld thema avonden georganiseerd.

Op dit moment wordt er gewerkt aan beleid rondom het indrinken in zogenaamde drankketen.

4.2.2 Verminderen psycho sociale problematiek onder jongeren en volwassenen

Doel	Psycho sociale problematiek(depressie) verminderen door vergroten bereik depressie preventie
Uitvoering	Vorbereiding 2009/uitvoering 2010 en verder
Partijen	GG Net, gemeente Winterswijk, GGD-Agora, diverse belangenorganisaties
Financiën	nader te bepalen

Uit de evaluatie blijkt dat er de afgelopen periode te weinig aandacht is besteed aan dit onderwerp en waarom het zo lastig is om dit probleem te bestrijden.

In de gezondheidsnota kiezen voor gezond leven is het voorkomen van depressies een van de speerpunten. In Nederland lijden per jaar zo'n 730.000 mensen aan depressies. Depressies kosten de zorg bij benadering 384 miljoen per jaar. Uit de Winterswijkse enquête komen nogal wat signalen over depressie-eenzaamheid. Vereenzaming van ouderen wordt veel genoemd, maar er wordt ook aangegeven dat er signalen van jongeren komen. Preventie van depressie voorkomt niet alleen veel leed maar bespaart waarschijnlijk ook veel geld.

De wetenschappelijke afdeling van de GGD Gelre-IJssel, Agora geheten, is bezig om een methode te ontwikkelen voor de aanpak van depressies. Voorgesteld wordt om in 2009 een plan van aanpak te maken voor Winterswijk gebaseerd op de methode die door de GGD/Agora wordt ontwikkeld.

4.2.3 Preventieprogramma overgewicht jongeren

Doel	Overgewicht/eetstoornissen bij jongeren tot 19 jaar voorkomen of verminderen
Uitvoering	Project Breedtesport, project Gesunde Kinder, Gesunde Kommunen, Ziezo zelfhulp organisatie.
Partijen	Project Breedtesport, basisscholen, de gemeente Winterswijk, Ziezo, GGD, Yunio
Financiën	In de programmabegroting 2009 zijn diverse bedragen opgenomen voor sport- en gezondheidsbevordering.

Eén op de acht Nederlandse kinderen tot en met 15 jaar heeft overgewicht. Dat betekent dat er in de gemeente Winterswijk circa 900 kinderen kampen met overgewicht. Het aantal dikke kinderen in Nederland blijkt ten opzichte van 1980 zelfs te zijn verdubbeld. De verwachting is dat deze stijgende tendens blijft bestaan. Dat is verontrustend, want overgewicht gaat gepaard met tal van gezondheidsrisico's op de korte en lange termijn en met hoge kosten voor de gezondheidszorg.

Uit de enquête die gehouden is, komt ook geregeld naar voren dat er niet alleen aandacht moet zijn voor overgewicht, maar voor eetstoornissen in het algemeen. Met name bij meisjes in de leeftijd van 14 tot 20 jaar komt dit geregeld voor.

Winterswijk gaat daarom over het jaar 2009 een subsidie verstrekken aan Ziezo, dit is een organisatie voor zelfhulp bij eetstoornissen. Ze geven voorlichting aan scholen en organiseren zelfhulpgroepen.

Daarnaast worden er doorlopende verschillende preventieprogramma's uitgevoerd door de GGD en Yunio, als onderdeel van het maatwerk Jeugdgezondheidszorg.

Voorgesteld wordt ingezette preventieprogramma's ter voorkoming van overgewicht bij jongeren te ondersteunen en nieuwe initiatieven op dit gebied (zoals het project Gesunde Kinder, Gesunde Kommunen) te stimuleren en uit te voeren.

Verder wordt in dit kader verwezen naar het programma Sport en sportaccommodaties.

Hierin worden de ambities van de gemeente op het gebied van sport beschreven. Een van de voorstellen is het verlagen van de sporttarieven voor alle inwoners van Winterswijk.

Verwachting is dat dit de deelname zal bevorderen.

Voor mensen met een laag inkomen wordt het op grond van het armoedebeleid mogelijk om kosten voor lidmaatschap van een sportvereniging en sportkleding vergoed te krijgen.

4.3 Nieuwe projecten

Voorgesteld wordt om van de onderstaande projecten in 2009 te onderzoeken welke mogelijkheden er bestaan voor de uitvoering. De onderwerpen komen uit de enquête en de bevolkingsonderzoeken naar voren.

4.3.1 overgewicht

Doel	Het voorkomen van en bestrijden van overgewicht bij alle bevolkingsgroepen
Uitvoering	Het project breedtesport, Meer bewegen voor ouderen
Partijen	GGD Gelre-IJssel, en de gemeente Winterswijk
Financiën	In de begroting zijn al diverse bedragen opgenomen. Voor eventuele nieuwe activiteiten worden de kosten nog nader bepaald

Steeds meer mensen hebben overgewicht. Het is de verwachting dat het aantal mensen met overgewicht de komende jaren nog zal toenemen. Overgewicht brengt veel risico's met zich mee voor de gezondheid, zoals diabetes. Het is dus van belang dat niet alleen activiteiten voor jongeren, maar ook voor ouderen worden georganiseerd.

In Winterswijk worden er onder andere activiteiten georganiseerd om senioren aan het bewegen te krijgen, zo organiseert de ANBO(ouderenbond) de cursus Meer bewegen voor ouderen. Landelijk zijn er diverse campagnes om mensen meer te laten bewegen (zoals 30 minuten bewegen.nl). In 2009 onderzoeken of er meer plaatselijke activiteiten in dit kader georganiseerd moeten worden.

In 2009 eveneens onderzoeken of er nog aanvullende lokale activiteiten georganiseerd moeten worden in het kader van voorlichting over gezond eten. Ook op dit gebied zijn er al verschillende landelijke campagnes(zoals : 'let op verborgen vet', 'balansdag'). Lokale campagnes moeten wel meerwaarde hebben ten opzichte van deze campagnes.

4.3.2 Valpreventie voor ouderen

Doel	Het voorkomen van valincidenten van zelfstandig wonende kwetsbare ouderen
Uitvoering	In 2009 nader onderzoeken of het project 'Halt! U valt!' of een vergelijkbaar alternatief in de gemeente Winterswijk kan worden uitgevoerd
Partijen	GGD Gelre-IJssel, thuiszorg, woningbouwcoöperatie, ouderenbonden, eerstelijnszorg en de gemeente Winterswijk
Financiën	Nader te bepalen in 2009

Uit het Ouderenonderzoek 2005 (zie hoofdstuk 3) blijkt dat eind 2005 in de gemeente Winterswijk 21% van de *zelfstandig wonende ouderen* van 65 jaar en ouder in de drie voorafgaande maanden is gevallen. Een kwart van hen liep hierbij lichamelijk letsel op. Ongeveer de helft van de valongevallen vonden plaats in of om het huis. Aangenomen wordt dat dit percentage nog steeds actueel is. In de regio Gelre-IJssel én in Oost Nederland lag het percentage op 18%.

De ernst van het letsel dat ouderen oplopen bij vallen, wordt vaak onderschat. In meer dan de helft van de ziekenhuisopnamen is er sprake van een fractuur, vaak aan heup, bekken of pols. Daarnaast verlopen op latere leeftijd genezingsprocessen langzamer en zijn klachten

vaak van blijvende aard zijn. Een valongeval heeft ook gevolgen op sociaal gebied en leidt tot vermindering van zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Naast het persoonlijk leed betekenen deze ongevallen bij ouderen hoge medische kosten en een beroep op mantelzorg en professionele zorg.

Er zijn landelijk verschillende preventieprojecten ontwikkeld. Eén daarvan is het project 'Halt! U valt'. Evaluatie van deze projecten toont aan dat met een systematische aanpak volgens 'Halt! U valt' een vermindering van 10% van de valongevallen bij ouderen haalbaar is. Voorgesteld wordt om in 2009 te onderzoeken of en op welke wijze het project 'Halt! U valt' of een vergelijkbaar alternatief in de gemeente Winterswijk uitgevoerd kan worden.

4.4 Aangrenzende beleidsterreinen

Er zijn diverse beleidsterreinen die in meer of mindere mate een verbinding hebben met Volksgezondheid. Hieronder worden de belangrijkste beschreven. Zo ontstaat er een compleet beeld van hetgeen de gemeente Winterswijk doet om de gezondheid van de burgers direct en indirect te bevorderen.

4.4.1 Maatwerk Jeugdgezondheidszorg

In het werkplan 'Project integrale JGZ (jeugdgezondheidszorg) in de Achterhoek is vastgelegd om binnen het maatwerk drie centrale thema's onder te brengen. Deze thema's zijn afgeleid van het regio-specifieke epidemiologisch onderzoek en zijn taal, opvoeding en voeding. Het thema taal bevat de problematiek rondom taalachterstand, het thema opvoeding bevat de problematiek rondom sociale kwetsbaarheid en het thema voeding bevat de problematiek rondom overgewicht en lactatie. In 2008 en 2009 worden de maatwerkgelden wederom ingezet rondom deze drie thema's en betreft voortzetting van bestaand beleid.

In het jaar 2009 zullen naar verwachting de volgende projecten worden gerealiseerd:

- Opvoedspreekuur
- Opvoedtelefoon
- Videohometraining (opvoedingsondersteuning)
- Homestart (ondersteuning gezinnen)
- Cursus druktemakers
- Preventie overgewicht: cursus evenwicht

In de gemeentebegroting is voor het maatwerk in 2009 is een bedrag van € 35.000,- opgenomen.

4.4.2 Centrum Jeugd en Gezin

Alle Nederlandse gemeenten zijn verplicht om met ingang van 2010 een Centrum voor Jeugd en Gezin(CJG) te hebben. Het CJG is er voor alle jeugdigen van -9 maanden tot 23 jaar én hun ouders.

Aanleiding hiervoor is dat er de afgelopen jaren in toenemende mate jeugd tussen wal en schip is geraakt. Meest extreme voorbeelden hiervan zijn het Maasmeisje en Savanna. Om dit soort excessen te voorkomen verplicht minister Rouvoet van Jeugd en Gezin gemeenten tot de oprichting van CJG's. Deze gemeentelijke centra moeten het

'verbindingstuk' vormen tussen signalering en registratie van opvoedings- en ontwikkelingsvragen van ouders en jeugdigen enerzijds en hulpverlening anderzijds. In de centra vindt de 'feitelijke ontmoeting' van alle betrokkenen plaats. Niet alleen de onderlinge contacten tussen jeugd/ouders en contacten tussen jeugd/ouders en hulpverleners krijgen een plek, maar vooral ook de contacten tussen de betrokken hulpverleners zelf zijn gewaarborgd, waardoor de schakels van de keten letterlijk dichter bij elkaar komen. Het CJG is in deze visie een herkenbare, laagdrempelige plek, met een duidelijk loket waar men gemakkelijk terecht kan. Achter dit loket worden de taken gebundeld van in ieder geval de jeugdgezondheidszorg, de delen van het algemeen maatschappelijk werk die voor jeugdigen en/of ouders relevante ondersteuning aanbieden en andere organisaties op het gebied van de opvoeding en gezinsondersteuning.

Het CJG vervult niet alleen een vraagbaakfunctie voor allerlei opvoedingsvragen, maar moet bij problemen ook snel hulp kunnen bieden. Indien nodig en wenselijk moet het CJG zorgen voor een integrale, effectieve aanpak van problemen van gezin/kind en de coördinatie hiervan.

Kortom het CJG zal een belangrijke bijdrage leveren aan het doorbreken van de verkokering tussen instellingen en het verbeteren van de toegang voor ouders en jeugdigen naar ondersteuning bij opvoeding en ontwikkeling te verbeteren.

In Winterswijk zijn er plannen om het CJG te integreren in een breder loket waar niet alleen gezinnen met kinderen, maar alle burgers terecht kunnen met vragen over alle Wmo prestatievelden. De aanpak zoals boven beschreven werkt immers niet alleen voor jeugdigen, maar voor alle burgers met vragen en/of problemen.

4.4.3 Lokale zorgnetwerken

Eind 2007 is door de gemeenteraden van de acht Achterhoekse gemeenten het regionaal beleidskader OGGz (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) vastgesteld. Het beleidsplan betreft de uitwerking van de prestatievelden 7,8 en 9 van de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning).

In het Regionaal OGGz-beleidskader is het sluitend maken en laten functioneren van de hele zorgketen voor multiprobleemsituaties (er is sprake van een multiprobleemsituatie als er problemen zijn op meerdere leefgebieden, deze problemen vertonen een onderlinge samenhang en moeten daarom samen opgelost worden) een centraal thema. Een belangrijke randvoorwaarde daarbij is dat er in elke Achterhoekse gemeente een lokaal zorgnetwerk voor multiprobleemsituaties functioneert. Pas als er in deze regio over een onderling sluitende reeks lokale netwerken beschikt wordt, kunnen op de diverse ketenonderdelen de beoogde resultaten behaald worden. Deze uitwerking en implementatie heeft daarom binnen het OGGz-beleidsplan prioriteit gekregen als een van de eerste acties die in gang gezet moet worden.

De bedoeling is om per gemeente een lokaal zorgnetwerk te realiseren. Partijen uit de veiligheidsketen, de zorgketen en de onderwijsketen stemmen binnen het lokale zorgnetwerk hun onderlinge activiteiten af voor cliënten in situaties van complexe meervoudige problematiek. Het lokale netwerk maakt hierbij gebruik van de voorzieningen voor signalering en preventie.

4.4.4 Armoedebeleid

In paragraaf 2.2.4 staat vermeld dat mensen uit armere milieus gaan gemiddeld vier jaar eerder overlijden dan mensen uit rijkere milieus. Arme mensen leven gemiddeld twaalf jaar korter in goede gezondheid dan rijkere. Het bestrijden van armoede heeft dan ook een belangrijk gezondheidsaspect.

Het armoedebeleid van de gemeente kent een aantal aspecten die de volksgezondheid zowel fysiek als psychisch bevorderen. Sporten is bijvoorbeeld een uitstekend middel tegen

overgewicht, maar het lidmaatschap van een sportvereniging kan ook vereenzaming voorkomen. Deelname aan de maatschappij bevordert meestal de psychische gezondheid. In het kader van het armoede beleid zijn onder andere de volgende vergoedingen mogelijk:

- Vergoeding lidmaatschap sportactiviteiten
- Vergoeding deelname aan maatschappelijke activiteiten
- Vergoeding van eigen bijdragen ziektekosten

Daarnaast is het streven van de gemeente erop gericht dat mensen duurzaam zelf in de kosten van het bestaan kunnen voorzien. Lukt het niet om betaald werk te vinden, dan moeten mensen in elk geval op een andere manier, zoals door vrijwilligerswerk participeren in de maatschappij.

4.4.5 Huiselijk geweld

Momenteel loopt het project Huiselijke Geweld Achterhoek. Het doel van dit project is het voorkomen, snel signaleren, opsporen, blijvend stoppen van huiselijk geweld en hulp bieden aan slachtoffers, daders en kinderen. Belangrijke randvoorwaarden voor dit project zijn dat de activiteiten zoveel mogelijk aansluiten bij de reguliere taken van instellingen en dat nieuwe structuren en tijdelijke financieren beperkt worden tot een minimum. Dit om een adequate aanpak van huiselijk geweld in te toekomst te waarborgen.

De aanpak van huiselijk geweld in de breedte is onderdeel van de taakstelling van gemeenten in de WMO (prestatieveld 7). In de Achterhoek wordt de aanpak van Huiselijk geweld door organisaties en gemeenten in diverse deeltrajecten opgepakt vanaf 2005 zo ook in de gemeente Winterswijk. Het gaat hierbij zowel om trajecten op individueel niveau (coördinatie van zorg bij huiselijk geweld voor alle betrokkenen), als om preventieactiviteiten (signaleren door beroepsgroepen) en organiseren van afstemming tussen verschillende organisaties. Resultaat van het project is dat Huiselijk geweld op de kaart is gekomen. Alhoewel er in het kader van het project al veel bereikt is zijn een aantal activiteiten nog onvoldoende ingebed in bestaande structuren. Daarom wordt het project voortgezet tot en met 2010.

4.4.6 Infectieziekten

De bestrijding van infectieziekten is een taak van de gemeenten. De gemeenten hebben de uitvoering van deze taak opgedragen aan de GGD. Deze uitvoering houdt in ieder geval in de algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids en tuberculosebestrijding. Voor de aanpak van een dreigende epidemie kunnen maatregelen nodig zijn van dwingende aard. Dit is eveneens geregeld in de WPG. De WPG geeft de burgemeester diverse mogelijkheden om snel in te grijpen bij (dreigende) epidemieën/pandemieën.

De GGD geeft informatie en advies, geeft vaccinaties en doet bij een uitbraak van een epidemie bron- en contactopsporing. De uitvoering van deze taak is landelijk sterk geprotocolleerd. De gemeente kan daar lokaal geen sturing aan geven. Preventief zijn er vanuit de GGD de rijksvaccinatieprogramma's voor jongeren. Daarnaast biedt de GGD de mogelijkheden van het vaccineren van reizigers die naar landen gaan waar een risico is dat men infectieziekten kan oplopen.

De gemeente heeft als taak het bevorderen van technische hygiënezorg. Ook hierbij ligt de uitvoering van deze taak bij de GGD Gelre-IJssel. Deze adviseert over technische hygiënezorg in het algemeen bij kinderopvang en peuterspeelzalen en op verzoek van de

gemeente bij keukens, campings en grote evenementen (op verzoek van gemeente en/of organisator).

Scholen hebben vaak een slechte luchtkwaliteit. Scholen zijn 's zomers te warm en 's winters te koud (gebouwen zijn slecht geïsoleerd). Vaak tocht het ook in de scholen. Vanuit de overheid wordt hier nu aandacht voor gevraagd. Geadviseerd wordt om dit soort verbeteringen mee te nemen bij nieuwbouw of verbouwprojecten van een school. De GGD heeft een overzicht van instellingen waarbij een verhoogd risico bestaat op verspreiding van micro-organismen. Op aanvraag of melding van burgers, instellingen of gemeente kan er inspectie plaatsvinden.

4.4.7 Milieu

De gezondheid wordt niet alleen bepaald door persoonsgebonden factoren. Ook de leefomgeving ('het milieu') is van invloed op de gezondheid. Om een positieve invloed te stimuleren en negatieve invloeden te beperken wordt in Winterswijk gewerkt aan lokaal milieubeleid.

De toekomstvisie voor milieu in Winterswijk (en duurzame energie) is vertaald in een beleidskadernota voor de periode 2008-2011.

Dit beleidsprogramma milieu (en duurzame energie) omvat de volgende onderwerpen:

- afvalverwerking;
- bodem(bescherming);
- klimaat en duurzame energie;
- geluid(hinder);
- geur(hinder);
- licht(vervuiling);
- lucht(kwaliteit);
- handhaving (monitoring).

Kort samengevat komen de volgende streefbeelden naar voren:

- De gemeente wil voor burger en bedrijven een schone en gezonde leefomgeving
- Stimuleren van duurzaamheid in de meest brede zin van het woord (alternatieve energie, duurzame bouwmaterialen, C2C- concept).
- Bewustwording van burger en bedrijven van bijvoorbeeld CO₂ 'footprint' en maatregelen treffen om deze te verminderen.
- De gemeente moet in de eigen bedrijfsvoering het goede voorbeeld geven.

De uitwerking van een aantal streefbeelden zijn onder andere opgenomen in een beleidsnota Duurzaam Winterswijk. De nota is in april 2008 door de raad vastgesteld. De doorvertaling van deze nota moet nog worden vastgesteld in een uitvoeringsprogramma.

5 Uitvoering en evaluatie lokaal gezondheidsbeleid

Bij de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid wordt er samenvattend onderscheid gemaakt in:

- algemene en wettelijke preventietaken (vanuit de WPG) waarvoor op basis van de voorliggende nota met name door de GGD Gelre-IJssel invulling zal worden gegeven;
- het onderzoek dat de GGD Gelre-IJssel doet naar de gezondheidssituatie van de inwoners van de gemeente Winterswijk (jeugd, volwassenen en ouderen). Op basis van deze onderzoeken kan worden nagegaan of de gezondheidssituatie van de inwoners veranderd is. Een verandering van de gezondheidssituatie is overigens gezien de diverse externe omstandigheden die daarop inspelen vanzelfsprekend maar voor een deel aan de invloed van lokaal gezondheidsbeleid toe te schrijven. Daarnaast levert de GGD jaarlijks een rapportage over de uitkomsten van de Periodiek Gezondheids Onderzoeken (PGO);
- de uitvoeringsprogramma's voor de genoemde speerpunten voor het lokale gezondheidsbeleid;
- de in de nota genoemde aan lokaal gezondheidsbeleid aanpalende terreinen zoals o.a. WMO en jeugdbeleid, onderwijs, ruimtelijke ontwikkeling, veiligheid en milieu.

Een van de belangrijkste bijdragen die de gemeente zelf op uitvoerend niveau aan het lokaal gezondheidsbeleid verder kan leveren is in haar communicatiekanalen aandacht te besteden aan gezondheidsbevordering en –bescherming.

Bij de uitwerking van de uitvoeringsprogramma's zal er zodoende specifiek aandacht zijn voor dit punt.

Om er op toe te zien in hoeverre de gestelde doelen uit de jaarlijkse uitvoeringsprogramma's worden bereikt wordt het lokaal beleid per periode van twee jaar geëvalueerd.

6 Financiën

De gemeentelijke uitvoeringsprogramma's worden in principe gevuld met activiteiten die diverse organisaties in hun aanbod hebben. Voor de uitvoering van de gemeentelijke uitvoeringsprogramma's wordt er in eerste instantie van uitgegaan dat organisaties de activiteiten met hun beschikbare budgetten kunnen uitvoeren.

De bestaande budgetten zijn vooral: gemeentelijk budget (basistakenpakket GGD Gelre-IJssel en het budget Wmo) en het aan de centrumgemeente toegekende (Wmo-)budget voor regionale taken. Het betreffende Wmo-budget is vooral gericht op de OGGZ. Gezien de overheveling van de openbare geestelijke gezondheidszorg van WCPV naar WMO zal hier bij het lokale Wmo-beleid nader op worden ingegaan. Voor de lokale uitvoering van het OGGZ beleid is een bedrag van € 20.000,- opgenomen in de begroting. Dit geld is bestemd voor de bestrijding van huiselijk geweld en het opzetten van lokale zorgnetwerken. Daarnaast wordt er een subsidie verstrekt aan Ziezo (organisatie voor hulp bij eetstoornissen).

Het budget voor de GGD Gelre-IJssel bedraagt in 2009 voor de gemeente Winterswijk voor het takenpakket € 405.000,- (bijdrage op basis van het aantal inwoners). Voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg is een bedrag van € 435.000,- begroot waarvan € 35.000,- is begroot voor het maatwerk. De genoemde bedragen zijn opgenomen in de gemeentebegroting.

Indien bij het opstellen van een uitvoeringsprogramma voor een bepaald speerpunt intensivering of uitbreiding van activiteiten noodzakelijk of wenselijk wordt geacht, maar waarvoor nog geen bestaand budget beschikbaar is, dan zal hiervoor een verzoek voor aanvullend budget aan de raad worden voorgelegd.

Bijlagen

Bijlage 1 Wet Publieke Gezondheid

Collectieve preventie

De gemeente (burgemeester en wethouders én de gemeenteraad) heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Raad en B&W hebben daarbij ieder hun eigen verantwoordelijkheid. Eén en ander is nader omschreven in de Wet Publieke Gezondheid. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie, vragen gemeenten advies aan de GGD. Daarnaast draagt de gemeente zorg voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg. De taken van de gemeente op dit terrein zijn in ieder geval:

- Gezondheidsbevordering;
- Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;
- Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve zorg;
- Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- Bevolkingsonderzoeken;
- Bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- Bevorderen van technische hygiënezorg;
- Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg¹.

Infectieziektebestrijding

Verder draagt de gemeente in het kader van de WCPV zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding. De taken van de gemeente op dit terrein zijn:

- Algemene infectieziektebestrijding;
- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids;
- Tuberculosebestrijding;
- Bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten;
- Beantwoorden van vragen uit de bevolking;
- Geven van voorlichting en begeleiding.

Jeugdgezondheidszorg

De gemeente draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de (integrale) jeugdgezondheidszorg. Taken op dit terrein zijn in ieder geval:

- Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- Ramen van de behoefte aan zorg;

¹ Deze taak is overgeheveld van de WCPV naar de Wmo.

- Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het rijksvaccinatieprogramma;
- Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen;
- Maatwerk jeugdgezondheidszorg (zoals opvoedingsondersteuning en logopedie).

Bijlage 2 Relevante wetgeving voor gemeentelijk gezondheidsbeleid

Wetten

Naast de WPG vormen twee wetten de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid van burgers: de Grondwet en de Gemeentewet. Daarnaast zijn er vele wetten en besluiten die verbinding hebben met de collectieve preventietaak van gemeenten. Hieronder volgt een overzicht van die wetten.

Medische milieukunde

Besluit Luchtkwaliteit

Wettelijke normen voor luchtkwaliteit in Nederland, regels voor het vaststellen van en rapporteren over de luchtkwaliteit en het maken van actieplannen indien normen worden overschreden;

Actieprogramma Gezondheid en Milieu en Modernisering Instrumentarium Geluidshinder
Het ministerie van VROM heeft een aantal trajecten lopen die nog moeten uitmonden in regelgeving.

Openbare Geestelijke gezondheidszorg

Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)

Geeft wettelijke bevoegdheid aan de burgemeester of een door hem aangewezen wethouder om mensen die vanwege hun psychische toestand een gevaar opleveren voor zichzelf of voor hun omgeving, verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Infectieziekten

Er is een plicht tot melding aan de GGD van een aantal in wet genoemde infectieziekten. De wet geeft de burgemeester de bevoegdheid tot vrijheidsbeperkende maatregelen gericht op individuen. Ook is vastgelegd hoe de registratie moet plaatsvinden en welke adviestaken de GGD-directeur heeft.

De gemeente heeft wettelijke bevoegdheden en voorschriften in geval van besmettelijke ziekten bij immigranten.

Deze taken zijn opgenomen in de Wet Publieke Gezondheid

Destructiewet

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

Waterleidingswet

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aan preventie van infectieziekten.

Kampeewet

Voor vergunning moet men voldoen aan eisen onder ander betreffende hygiëne.

Wet op de geneesmiddelenvoorziening

Voor infectieziektebestrijding is het Besluit immunologische farmaceutische producten van belang; aan een aantal instellingen kunnen in het kader van de infectieziektebestrijding direct vaccins en dergelijke geleverd worden; er zijn regels voor bewaring, administratie en toezicht door apothekers.

Jeugdgezondheidszorg

Wet op het primair onderwijs en Wet op het voortgezet onderwijs

Onder andere regels voor onderwijshuisvesting (waarbij gelet moet worden op de technische hygiënezorg) en lokaal onderwijsachterstandsbeleid.

Leerplichtwet en de RMC-wet

Gemeenten houden toezicht op nakoming van de leerplicht. In aanvulling op de Leerplichtwet geldt de RMC-wet (regionale meld- en coördinatiefunctie): het in regionaal verband aanpakken van de problematiek van het voortijdig schoolverlaten van niet-meer leerplichtige deelnemers tot 23 jaar.

Wetgeving buitengewoon onderwijs

Verplichte GGD-advisering over toelating van kinderen tot het buitengewoon onderwijs.

Overige

Wet werk en bijstand (WWB, inclusief bijzondere bijstand)

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (per 01-01-2007 gedeeltelijk de Wmo)

Wet geneeskundige hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

Rampenwet

Wet op de lijkbezorging

Wet ambulancevervoer

Wet tarieven gezondheidszorg

Besluit Indicatiebeoordeling verpleging en verzorging

Kwaliteitswet zorginstellingen

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg:

Wet bescherming persoonsgegevens

Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

Wet bevolkingsonderzoek

Wet medisch Wetenschappelijk onderzoek bij mensen

Wet klachtenrecht cliënten zorgsector

Koppelingswet

Bijlage 3 Voorbeelden van de relatie tussen gezondheidsbeleid en diverse andere beleidsterreinen

Fysiek

Verkeer en vervoer

Duurzaam veilig

Fiets- en mobiliteitsbeleid

Parkeerbeleid

Stimuleren openbaar vervoer

Openbare ruimte

Toegankelijkheid voor gehandicapten

Groenvoorzieningen

Ruimtelijke ordening

In structuurvisie, bestemmingsplannen en herstructureringsplannen aandacht voor zorg-, welzijns-, sport- en speelvoorzieningen

Huisvesting

Flexibel en aanpasbaar bouwen

Duurzaam bouwen/allergeenarme woningen

Milieu

Milieubeleidsplan

Geluidshinder en luchtkwaliteit en binnenmilieu

UMTS-straling en hoogspanningslijnen

Economische ontwikkeling

Horecabeleid

Beleid risicovolle bedrijven

Sociaal

Welzijn en zorg

Maatschappelijke ondersteuning

Maatschappelijke opvang en verslavingszorg

Sport en recreatie

Sportstimulering

Fiets en wandelroutes

Veiligheid

Integraal veiligheidsbeleid

Rampenbestrijding

Werk en inkomen

Inkomensondersteuning

Coll. aanvullende ziektenkostenverz.

Minima

Activering en toeleiding

Onderwijs

Schoolgezondheidsbeleid

Onderwijshuisvesting

Voortijdig schoolverlaten

Bijlage 4 E-MOVO 2003 (vergelijking jongeren gemeente Winterswijk met de regio Gelre-IJssel)

Gemeente	Roken (% min. 1x / wk.)	Alcohol (% dat wel eens drinkt)	Heeft overgewicht %	Onvoldoende beweging %	Psychisch ongezondheid %
-Aalten	17	79	9	26	13
-Apeldoorn	13	67	9	26	14
-Berkelland	15	78	7	17	13
-Bronckhorst	14	82	8	6	9
-Brummen	17	78	14	13	19
-Deventer	15	68	7	21	17
-Doetinchem	16	76	7	22	16
-Epe	13	70	9	18	13
-Groenlo	10	74	8	22	16
-Lochem	9	77	7	14	17
-Montferland	21	82	10	14	14
-Oude IJsselstreek	15	78	8	22	15
-Voorst	15	82	8	15	12
-Winterswijk	16	78	9	32	10
-Zutphen	20	72	9	33	18
Regio Gelre-IJssel	15	74	8	21	14
Oost Nederland	15	73	8	23	16

Gemeente	Ontbijt minder dan 5 dg. / wk.	Groente niet elke dag %	Fruit niet elke dag %
-Aalten	18	55	70
-Apeldoorn	20	67	69
-Berkelland	13	50	68
-Bronckhorst	12	57	67
-Brummen	15	69	67
-Deventer	22	71	67
-Doetinchem	18	63	71
-Epe	13	64	68
-Groenlo	16	45	68
-Lochem	19	52	67
-Montferland	24	66	76
-Oude IJsselstreek	23	39	71
-Voorst	17	60	68
-Winterswijk	17	41	68
-Zutphen	22	61	68
Regio Gelre-IJssel	19	61	69
Oost Nederland	21	62	70

Bijlage 5 Ouderenonderzoek 2005 (vergelijking ouderen gemeente Winterswijk met de regio Gelre-IJssel)

Gemeente	Eenzaam %	Psychisch ongezond %	Valongeval afgelopen 3 maanden %	Beperkingen mobiliteit %	Mantelzorg ontvangen afgelopen jaar %
-Aalten	42	21	18	32*	17*
-Apeldoorn	43*	18	18	25	12
-Berkelland	38	15	19	23	12
-Bronckhorst	41	14	15	23	12
-Brummen	39	20	21	25	11
-Deventer	45	19	19	29	13
-Doetinchem	41	15	15	26	14
-Epe	40	20	22*	25	14
-Groenlo	30*	13	17	26	10
-Lochem	39	11*	21	19*	11
-Montferland	38	18	14	29*	17*
-Oude IJsselstreek	38	19	16	34*	16
-Voorst	40	15	16	22	12
-Winterswijk	43	16	21	28	14
-Zutphen	39	16	19	24	14
Regio Gelre-IJssel	41	17	18	26	13
Oost Nederland	41	18	18	27	niet beschikbaar

Gemeente	Drinkt alcohol %	Heeft overgewicht (BMI>25) %
-Aalten	67	68*
-Apeldoorn	71	57
-Berkelland	72	65
-Bronckhorst	74	61
-Brummen	69	54
-Deventer	69	59
-Doetinchem	70	65*
-Epe	69	56
-Groenlo	74	62
-Lochem	74	54*
-Montferland	69	59
-Oude IJsselstreek	63	60
-Voorst	72	59
-Winterswijk	64	58
-Zutphen	68	54
Regio Gelre-IJssel	70	59
Oost Nederland	niet beschikbaar	niet beschikbaar

Bijlage 6 Geraadpleegde en informatieve bronnen

Rijksnota 'Kiezen voor Gezond Leven' (www.minvws.nl)

Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.rivm.nl)
(rijksinstituut volksgezondheid en milieu)

Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (www.rivm.nl)

E-MOVO jeugd 2003/2007 (www.ggdgelre-ijssel.nl)

Ouderenmonitor 2005 (www.ggdgelre-ijssel.nl)

Voortgangsrapportage 'Alcoholmatiging jeugd in de Achterhoek'

WMO-beleidsplan gemeente Winterswijk 2007

Nota 'De relatie tussen WCPV en WMO (drs. C.B. Walg)