

Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Raalte

Kadernota 2007 – 2011

Kiezen voor een gezond Raalte

Inhoudsopgave	pagina
1. Samenvatting	3
2. Lokaal gezondheidsbeleid	4
2.1. Inleiding	4
2.2. De rol van de gemeente	4
2.3. Gezondheid; een definitie	5
2.3.1. Determinanten van gezondheid	5
2.3.2. Determinanten in relatie tot beleid	5
2.4. Wettelijk kader	6
3. Visie op gezondheidsbeleid in Raalte	7
3.1. Inleiding	7
3.2. Preventieprogramma's gericht op meerdere levensdomeinen	7
3.3. Samenhang met rijks- en regionaal preventiebeleid	8
4. Landelijk beleid en de samenhang met gemeentelijk beleid	9
4.1. Landelijk kader	9
4.2. landelijke speerpunten 2007 – 2011	9
4.3. Aansluiting landelijk en lokaal beleid	10
5. De regionale basisnota <i>Samenwerken aan gezond leven</i>	11
5.1. Inleiding	11
5.2. Doelstelling van de regionale nota	11
5.3. Regionale prioriteiten en doelstellingen	12
6. Evaluatie lokaal gezondheidsbeleid gemeente Raalte 2003 – 2006	14
6.1. Inleiding	14
6.2. Conclusies voor de periode 2007 – 2011	14
7. Gezondheidsvraagstukken in de gemeente Raalte	15
7.1. Inleiding	15
7.2. Overgewicht en diabetes	15
7.3. Roken	16
7.4. Schadelijk alcoholgebruik	16
7.5. Depressie	17
8. Gezondheidsthema's gemeente Raalte 2007 – 2011	19
8.1. Inleiding	19
8.2. Bevorderen gezonde leefstijl	19
8.3. Samenwerking in de zorg	21
8.4. Aandacht voor eenzaamheid	21
8.5. Jeugdpreventie	22
9. Relatie met de Wmo	23
9.1. Inleiding	23
9.2. Maatschappelijke opvang en ambulante verslavingzorg	23
9.3. Huiselijk geweld	24
9.4. Oggz	24
10. Financiën	26
Bijlagen:	
Bijlage 1:	lijst van afkortingen
Bijlage 2:	achtergrondinformatie lokaal gezondheidsbeleid gemeente Raalte
Bijlage 3:	Samenwerken aan gezond leven, preventienota regio IJssel-Vecht 2007 - 2011
Bijlage 4:	evaluatie lokaal gezondheidsbeleid gemeente Raalte 2003 – 2006
Bijlage 5:	verslag werkconferentie Lokaal Gezondheidsbeleid Raalte d.d. 10 mei 2007

1. Samenvatting

Gezondheid is niet alleen een kwestie van het afwezig zijn van ziekte. Het gaat volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) in essentie om het bereiken en behouden van een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. Dat is ook het vertrekpunt van deze kadernota en ook de visie van de gemeente Raalte als het gaat om lokaal gezondheidsbeleid.

Juist in deze definitie van gezondheid komt tot uitdrukking dat vele factoren het welbevinden beïnvloeden. Naast zorg – curatieve hulp – is preventief beleid van grote betekenis voor het bereiken en behouden van de toestand van welbevinden. En over preventief gezondheidsbeleid handelt deze nota.

De Raalter visie op preventief gezondheidsbeleid sluit naadloos aan bij de definitie van de WHO, maar houdt ook in dat lokaal preventief beleid moet aansluiten bij landelijk en regionaal beleid. Ook houdt deze visie in dat preventiestrategieën alleen effectief kunnen zijn wanneer ze betrekking hebben op meerdere levensdomeinen.

In het landelijk beleid wordt ingezet op een vijftal speerpunten dat betrekking heeft op gezondheidsproblemen die een grote ziektelast veroorzaken en grote sociale en maatschappelijke kosten met zich meebrengen. Bovendien is bij deze gezondheidsproblemen door effectieve preventie een grote gezondheidswinst te behalen. Het rijk verwacht dat de gemeenten in hun lokaal beleid aansluiten bij deze speerpunten.

In de regio IJssel-Vecht is een gezamenlijke regionale basisnota ontwikkeld. Deze basisnota geldt als kader voor de lokale nota's en biedt handvatten voor lokaal gezondheidsbeleid. In de regionale basisnota wordt eveneens aangesloten bij de landelijke speerpunten. De nota biedt tevens een onderbouwing voor lokale beleidskeuzes.

De formulering van thema's voor het lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Raalte is ook gebaseerd op de resultaten van de evaluatie van het beleid over de periode 2003 – 2006 (zie hoofdstuk 6).

Tevens wordt ingegaan op gezondheidsvraagstukken in de gemeente Raalte die samenhangen met de landelijke speerpunten. Ook deze inzichten zijn mede bepalend voor de formulering van de thema's voor de periode 2007 – 2011.

Voor het lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Raalte zijn voor de periode 2007 – 2011 de volgende thema's geformuleerd:

- Bevorderen gezonde leefstijl
- Samenwerking in de zorg
- Aandacht voor eenzaamheid
- Jeugdpreventie

Tot slot wordt in de kadernota in het kort ingegaan op een drietal prestatievelden uit de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) die met het lokaal gezondheidsbeleid samenhangen.

Deze nota is tot stand gekomen in samenwerking met het veld van instellingen en professionals, het doelgroepenoverleg en het Platform Welzijn, Wonen en Zorg. Naast bijdragen door middel van informatie, interviews en gesprekken, is de conceptnota uitgebreid besproken in de werkconferentie van 10 mei 2007. Aan deze conferentie hebben instellingen, professionals, vertegenwoordigers van belangengroepen, gemeenteraadsleden en ambtenaren deelgenomen. De uitkomsten van deze conferentie zijn – voor zover mogelijk – verwerkt in deze nota.

2. Lokaal gezondheidsbeleid

2.1. Inleiding

Volksgezondheid is een belangrijk aandachtsgebied voor de gemeenten. In vele landelijke publicaties blijkt dat er meer en meer aandacht wordt besteed aan volksgezondheid en de bedreigingen van de volksgezondheid; onder meer vanwege de gevolgen van ongezonde leefpatronen van burgers. In de landelijke politiek en in het landelijk beleid staat (preventief) volksgezondheidsbeleid hoog op de agenda.

Ook bemoeienis van de zijde van de gemeente is noodzakelijk. In weerwil van de - in het algemeen nog steeds toenemende – hoge levensverwachting van de bevolking en een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg, zijn er bedreigingen voor de volksgezondheid. Het aantal jaren dat mensen in goede gezondheid doorbrengen neemt niet toe, het aantal chronisch zieken stijgt, ook het aantal mensen met klachten van depressieve aard is stijgende en het aantal gezondheidsklachten samenhangend met bepaalde leefpatronen neemt toe. Nederland behoort niet meer tot de top van de gezonde landen in Europa. Ook blijkt er een verschil in levensverwachting tussen bepaalde groepen in de samenleving. Met name personen die een lage sociaal-economische status hebben, kennen meer gezondheidsproblemen.

In “De staat van de gezondheidszorg 2005” constateert de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) dat, hoewel de openbare gezondheidszorg verbeterd is, er sprake is van onvoldoende voorbereid zijn op de dreigende gezondheidsproblemen. Daarbij worden vier problemen genoemd die de aandacht op landelijk en lokaal niveau verdienen:

- de sterk stijgende toename van het aantal mensen met overgewicht met de kans op toename van het aantal diabetesgevallen
- het toenemende risico op grootschalige epidemieën als gevolg van toegenomen wereldwijde mobiliteit
- toename van psychosociale problemen bij de jeugd
- toenemend aantal mensen zonder huisarts en onverzekerden

De IGZ constateert eveneens dat het beleid in de afgelopen jaren te weinig effectief is geweest en dat er op het terrein van preventie een landelijke stimulans nodig is voor effectieve maatregelen. De overheid zal zich actief moeten inzetten op een combinatie van maatregelen die gezonder leven stimuleert.

2.2. De rol van de gemeente

De gemeente heeft van oudsher een belangrijke taak in het bevorderen van de volksgezondheid. In de negentiende eeuw heeft de nadruk vooral gelegen op het verbeteren van de hygiëne en het bestrijden en voorkomen van infectieziekten. In de vorige eeuw is veel geïnvesteerd in ziektepreventie en gezondheidsvoorlichting.

De gemeente kan allerlei gezondheidsbeschermende, gezondheidsbevorderende en preventieve maatregelen nemen die samen een belangrijke bijdrage leveren aan de volksgezondheid. En zij kan een belangrijke regierol vervullen in het veld van de (openbare)gezondheidszorg. De gemeente heeft niet alleen de mogelijkheden, maar ook verplichtingen als het gaat om de volksgezondheid.

De verplichtingen zijn geregeld in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), die de wettelijke basis vormt voor het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid. De Wcpv draagt de gemeente onder andere op om de collectieve preventie te bevorderen en infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg te laten uitvoeren. Verder verplicht deze wet de gemeente om een GGD in stand te houden. Naast de Wcpv zijn er nog een aantal wetten, die voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid van betekenis zijn. Dit zijn bijvoorbeeld de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), de Wet bijzondere opnemings psychiatrie (Wet bopz), de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) en de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).

2.3. Gezondheid; een definitie

De meeste mensen vinden een goede gezondheid belangrijk. Gezondheid betekent niet voor iedereen hetzelfde. In de openbare gezondheidszorg is de definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) de meest gehanteerde. De definitie is ruim en benoemt alle mogelijke aspecten van gezondheid. In deze definitie liggen ook voor de gemeente de aanknopingspunten om gezondheidsbeleid te voeren. De definitie van de WHO luidt als volgt:

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte.

De definitie gaat uit van een positieve benadering en niet alleen van het ontbreken van ziekte. Er is meer voor nodig om gezond te zijn; de sociale, culturele, fysieke en economische context en de persoonlijke beleving zijn minstens zo belangrijk. De gemeente kan invloed uitoefenen op de sociale, culturele en fysieke omgeving en heeft daarmee de mogelijkheden om de volksgezondheid te beïnvloeden.

2.3.1. Determinanten van gezondheid

In de theorie worden de volgende determinanten van gezondheid onderscheiden:

- Sociale omgeving: belangrijke factoren zijn daarbij de buurt, het gezin en de sociaal-economische status
- Fysieke omgeving: milieuverontreiniging, geluidsoverlast, etc.
- Leefstijl: gebruikgenotmiddelen, eet- en voedingspatronen, (on)voldoende bewegen
- Zorgsysteem: de aanwezigheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorgvoorzieningen
- Biologische factoren: erfelijke aanleg, lichaamsbouw, geslacht en het hebben van (chronische) ziekten

De meeste invloed kan de gemeente uitoefenen op de sociale en fysieke omgeving. De middelen die zij hiertoe heeft zijn regelgeving, handhaving van regelgeving en subsidieverlening. De beïnvloeding van de leefstijl is meer indirect door middel van gezondheidsvoorlichting en het treffen van stimuleringsmaatregelen. Het zorgsysteem valt te beïnvloeden door regie op de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgsystemen en de samenwerking tussen de zorgsystemen. De biologische factoren zijn door de gemeente niet te beïnvloeden.

2.3.2. Determinanten in relatie tot beleid

Op veel gemeentelijke beleidsterreinen worden besluiten genomen die de gezondheid van burgers raken. Het beleid ter bevordering of bescherming van de volksgezondheid is dan ook voor een belangrijk deel facetbeleid. De ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbeleid vindt niet alleen plaats op het terrein van de volksgezondheid, maar ook binnen anderen beleidsterreinen zoals milieu, ruimtelijke ordening, verkeer, vervoer, ouderenbeleid, jeugdbeleid, sportbeleid, onderwijsbeleid en lokaal sociaal beleid. Van belang is dan ook dat volksgezondheidsaspecten worden onderkend bij bestuurlijke beslissingen op die andere beleidsterreinen.

Het terrein van het gezondheidsbeleid omvat alle beleid dat tot doel heeft om de volksgezondheid te behouden en te verbeteren. Gezondheidsbeleid kan onderscheiden worden in twee deelterreinen; *preventiebeleid* en *zorgbeleid*.

Preventiebeleid richt zich op het voorkomen van ziekte en het stimuleren van gezond gedrag, dat wil zeggen het bevorderen van gezondheid in de meest brede zin. Binnen het preventiebeleid zijn drie aspecten te onderscheiden:

Gezondheidsbescherming: maatregelen die gericht zijn op het verminderen van gezondheidsrisico's bijvoorbeeld door maatregelen op het gebied van milieubescherming (ook het binnenmilieu van scholen bijvoorbeeld) en maatregelen ter verbetering van de sociale veiligheid.

Gezondheidsbevordering waarbij door middel van gerichte voorlichting getracht wordt invloed uit te oefenen op de leefstijl van burgers bijvoorbeeld door het stimuleren van de breedtesportbeoefening (bewegen).

Collectieve preventie gericht op het tegengaan van epidemieën en andere ziekten die bedreigend zijn voor de volksgezondheid als inentingsprogramma's, voorlichting over bijvoorbeeld SOA. De gemeentelijke collectieve preventie is een GGD-taak.

Het *zorgbeleid* heeft als doel de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorgvoorzieningen te waarborgen en de afstemming, samenhang en samenwerking tussen de verschillende zorgvoorzieningen te bevorderen.

Deze kadernota heeft alleen betrekking op het *preventiebeleid*.

2.4. Wettelijk kader.

De wettelijke basis voor het preventiebeleid is gelegen in de Wcpv. Op grond van artikel 2, 3, eerste lid, 3a en artikel 5, tweede lid van deze wet zijn gemeenten verplicht om taken uit te voeren op het gebied van collectieve preventie. Deze taken hebben betrekking op:

- jeugdgezondheidszorg 0 – 19 jaar
- gezondheidsbevordering
- epidemiologisch onderzoek
- infectieziektebestrijding
- technische hygiënezorg
- medische milieukunde
- forensische geneeskunde

Ter uitvoering van deze Wcpv-taken dragen de gemeenten zorg voor de instelling en instandhouding van de gemeentelijke gezondheidsdienst i.c. de GGD Regio IJssel-Vecht. De GGD ondersteunt de gemeenten in de beleidsontwikkeling en levert adviezen op basis van (onderzoeks)gegevens en professionele kennis. Daarnaast voert de GGD taken uit op het gebied van de Jeugdgezondheidszorg en ter voorkoming en bestrijding van infectieziekten. De verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de uitvoering van de Wcpv door de GGD is vastgelegd in landelijke kwaliteitseisen en richtlijnen.

Op grond van de Wcpv is de gemeente verplicht eens per vier jaar een lokale nota gezondheidsbeleid op te stellen. Daarbij verwacht het rijk dat de gemeenten aansluiten op de rijkspreventienota *Kiezen voor gezond leven* (2006)

Inmiddels is ook de Wmo van kracht geworden. Op grond van de Wmo is de gemeente verantwoordelijk voor tal van diensten en voorzieningen voor burgers die hulp nodig hebben. Er bestaan raakvlakken tussen de Wmo en de Wcpv. De Wmo is primair vraaggestuurd en gericht op de (individuele) burgers die hulp of advies nodig hebben, terwijl de in de Wcpv bedoelde collectieve preventie betrekking heeft op zaken die zich voordoen vóór dat die hulpvraag zich voordoet. Dit betekent dat onvoldoende aandacht voor preventie een grote beroep op hulp en ondersteuning in het kader van de Wmo kan inhouden.

In algemene zin kan worden gesteld dat volksgezondheid een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie (doel Wmo) is. Het bevorderen van de volksgezondheid maakt participatie (mede) mogelijk. Waar echter de Wmo maatschappelijke ondersteuning als primair doel heeft, is de Wcpv gericht op vastleggen en uitvoeren van taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de openbare gezondheidszorg.

Vanwege de raakvlakken met de Wmo zijn in deze nota een drietal prestatievelden uit de Wmo opgenomen.

3. Visie op gezondheidsbeleid in Raalte

3.1. Inleiding

In de kadernota lokaal gezondheidsbeleid Raalte 2003 – 2006 *Samen werken aan gezond samen leven* is een visie voor het gezondheidsbeleid voor de gemeente Raalte geformuleerd:

Raalte wil een gemeente zijn die samen met het veld en de burgers aan de gezondheid van de samenleving werkt. Een gemeente waar gelijke kansen op gezondheid voor alle inwoners zijn, waar zorgvoorzieningen beschikbaar en bereikbaar zijn, waar samenwerkingsrelaties en netwerken tot stand komen, en waar de sociale en fysieke omgeving zodanig is ingericht dat het welbevinden van haar inwoners voorop staat.

Uit de evaluatie van het beleid over deze periode en uit intern en extern onderzoek is gebleken dat deze visie nog steeds staat en nog steeds als geldig wordt beschouwd. Deze visie sluit ook aan bij het landelijke preventiebeleid en eveneens bij de doelstelling zoals geformuleerd in de regionale basisnota.

Voor wat betreft de aanpak vanuit die visie is op deze plaats wel een en ander op te merken. Uit de landelijke en regionale nota blijkt dat de gezondheidsproblemen die thans volop in de belangstelling staan een samenhang met elkaar vertonen en in belangrijke mate veroorzaakt worden door een ongezonde leefstijl; naast oorzaken in de sfeer van biologische factoren, sociale en fysieke omgevingsfactoren. Dat ongezond leven (voedingsgewoonten, roken, alcoholgebruik) leidt tot het meer voorkomen van overgewicht is inmiddels wel duidelijk. Dat overgewicht een factor van betekenis is bij de toename van diabetes (type 2) is ook aangetoond. Er bestaan verbanden tussen roken, alcoholgebruik, overgewicht en depressie. Het is echter niet eenvoudig vast te stellen hoe de oorzakelijke verbanden liggen. Bovendien zijn die verbanden niet eenduidig en vaak ook weer wederzijds beïnvloedend. Maar dat er sprake is van samenhang is overduidelijk.

3.2. Preventieprogramma's gericht op meerdere levensdomeinen

Het is natuurlijk mogelijk – en vaak ook voor de hand liggend – om op elk van de speerpunten landelijk en lokaal preventiebeleid en preventieprogramma's te ontwikkelen. Maar juist vanwege de samenhang van de meest kenmerkende gezondheidsproblemen met elkaar en met een bepaalde leefstijl, is het van belang te kiezen voor een integrale benadering die op meerdere domeinen van het leven intervenueert in de leefstijl. Daarbij zijn de volgende domeinen te benoemen:

- gezin
- school/werk
- vrije tijd; groepen waarvan men deel uit maakt; vriendenkring, verenigingen, sport
- dorp/wijk

Effectieve preventie is gericht op die samenhang in van ongezond gedrag in de verschillende levensdomeinen. Preventieprogramma's zijn doelgerichte – op een bepaalde manier uit te voeren – interventies om gezondheidsproblemen te voorkomen of terug te dringen. Preventie is van groot belang; immers wanneer bijvoorbeeld een ongezonde leefstijl nog geen vaste vorm heeft aangenomen, is de kans op succesvolle en tot blijvend resultaat leidende interventies het grootst.

Deze benadering is zeer goed toepasbaar in het kader van preventieprogramma's bij het lokaal gezondheidsbeleid. Enerzijds omdat gezondheidsproblemen een grote onderlinge samenhang kennen en samenhangen met leefstijl; anderzijds omdat een ongezonde leefstijl alleen effectief te beïnvloeden is wanneer interventies in meerdere domeinen elkaar versterken. Aan de hand van een voorbeeld is dit te verduidelijken. Hoe effectief kan voorlichting aan scholieren zijn over de schadelijke gevolgen van (overmatig) alcoholgebruik, wanneer in het gezin het normaal geacht wordt dat een jeugdige ook een glaasje meedrinkt, op schoolfeesten alcohol wordt geschonken en de norm in de vriendenkring is dat het stoer is voor een avondje uitgaan eens flink in te drinken. Interventies en preventie zullen alleen effectief zijn als in gezet wordt op al die domeinen die in dit voorbeeld van invloed zijn op de

leefstijl. Een goed voorbeeld van een preventieprogramma gericht op meerdere levensdomeinen is het project Alcoholmatiging jeugd regio IJsselland waaraan de gemeente Raalte ook deelneemt.

Op grond van voorgaande is het gewenst en noodzakelijk binnen de speerpunten van het gezondheidsbeleid te kiezen voor een preventiestrategie die in samenhang in ieder geval de domeinen gezin, school/werk en vrije tijd/wijk bestrijken.

3.3. Samenhang met rijks- en regionaal preventiebeleid

In de visie van de gemeente Raalte is preventiebeleid niet alleen effectief wanneer de preventie-activiteiten zijn gericht op interventies in meerdere levensdomeinen. Ook zal er in de optiek van de gemeente Raalte sprake moeten zijn van samenhang met het rijksbeleid en het regionale beleid op het gebied van preventie. Interventies op meerdere niveaus versterken elkaar en leiden daardoor eerder tot een blijvend resultaat. Daarom wordt in deze nota aangesloten op de landelijke speerpunten en op het regionale beleid zoals verwoord in de regionale nota *samenwerken aan gezond leven*.

4. Landelijk beleid en de samenhang met gemeentelijk beleid

4.1. Landelijk kader

Op grond van de Wcpv stelt de Minister van VWS met ingang van 2002 bij nota elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van collectieve preventie vast. Op basis van genoemde wet zijn gemeenten verplicht eens per vier jaar een lokale nota gezondheidsbeleid vast te stellen. In de nota moeten gemeenten verantwoording afleggen over het gevoerde beleid met betrekking tot de uitvoering van de wettelijke taken en tevens plannen opnemen voor een nieuwe vierjarige periode. Daarbij wordt van de gemeenten verwacht dat zij aansluiten bij de landelijke prioriteiten. Dit aansluiten bij de landelijke prioriteiten – de landelijke speerpunten – heeft geen vrijblijvend karakter. In de aanbestedingsbrief behorend bij de landelijke preventienota *Kiezen voor gezond leven* stelt de Minister van VWS immers dat de gemeenten de landelijke prioriteiten kunnen en moeten vertalen naar de lokale situatie. Deze landelijke preventienota is het vervolg op de in 2002 vastgestelde nota *Langer gezond leven* en geeft richting aan de in 2007 te realiseren gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid,

De basis voor de overheidsbemoediging met de volksgezondheid ligt verankerd in de Grondwet. In artikel 22, eerste lid van deze wet is opgenomen dat “de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid”. Deze maatregelen kunnen inhouden:

- gezondheidsbescherming (veiligheidsmaatregelen)
- ziektepreventie (preventie in de vorm van vaccinatie, screening, monitoring)
- gezondheidsbevordering (maatregelen ter bevordering van gezonder leven)

De uitwerking hiervan heeft in de Wcpv een wettelijk kader gekregen waarin de overheidstaken op dit terrein zijn beschreven. De rijksoverheid is op grond van deze wet verplicht landelijke prioriteiten voor de collectieve preventie vast te stellen. Het in deze nota bedoelde beleid heeft derhalve betrekking op collectieve preventie op het gebied van gezondheid.

De uitvoering van de openbare gezondheidszorg ligt op basis van de Wcpv in belangrijke mate bij de gemeenten. Het uitwerken en de uitvoering van het preventiebeleid in Nederland is een cyclisch proces, waarin de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de landelijke nota en de gemeentelijke nota's op elkaar voortbouwen.

4.2. Landelijke speerpunten 2007 – 2011

De prioriteiten – zoals in de landelijke nota *Kiezen voor gezond leven* verwoord – vloeien voort uit de gegevens over de gezondheid van de Nederlandse bevolking, uit de beschikbare, doelmatige interventiestrategieën en uit het overleg dat het ministerie gevoerd heeft met verschillende partijen die bij de uitvoering van preventie zijn betrokken.

In de nota *Kiezen voor gezond leven* kiest het kabinet voor een aantal speerpunten op grond van de gesignaleerde hoofdproblemen op basis van de volgende criteria:

- het zijn omvangrijke gezondheidsproblemen
- met grote (toekomstige) maatschappelijke gevolgen voor het gebruik van medische voorzieningen en arbeidsdeelname
- waarvan gezond gedrag de oorzaak (voor een deel) kan beïnvloeden
- waarvoor geschikte effectieve interventies beschikbaar zijn die het gezondheidsprobleem kunnen voorkomen of verkleinen
- die interventies worden nog niet op grote schaal uitgevoerd
- en de overheid kan een rol vervullen in de aanpak van het gezondheidsprobleem

Op basis van deze criteria is een vijftal speerpunten geformuleerd voor het rijkspreventiebeleid die, zo mogelijk uitgewerkt en gekwantificeerd, in doelstellingen zijn vertaald:

- Roken: in 2010 zijn er nog 20% rokers tegen nu 28%
- Schadelijk alcoholgebruik: het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992; minder volwassen probleemdrinkers; van 10,3% nu naar 7,5% in 2010
- Overgewicht: het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen ten opzichte van het peiljaar 2005; het aantal volwassenen met overgewicht mag niet stijgen ten opzichte van peiljaar 2005
- Diabetes: het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2015 met niet meer dan 15% stijgen; daarbij heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties
- Depressie: meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressie

Voor uitgebreidere achtergrondinformatie over het landelijk beleid wordt verwezen naar bijlage 2.

4.3. Aansluiting landelijk en lokaal beleid

Naar het oordeel van het kabinet is een betere gezondheid het best langs korte lijnen met burgers te bereiken. Daarom moet de zorg voor de gezondheid van kwetsbare groepen in de gemeenten worden georganiseerd. Sinds de invoering van de Wcpv in 1995 zijn gemeenten ook meer verantwoordelijk geworden voor het preventiebeleid. Met de invoering van de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) hebben de gemeenten een aanvullend instrument voor een doeltreffend preventiebeleid. De Wmo biedt de gemeenten de regie voor integratie van preventie en maatschappelijke ondersteuning. Het kabinet wil de samenhang tussen de lokale nota's gezondheidsbeleid en Wmo-beleidsplannen stimuleren. De rijksoverheid geeft in de nota *Kiezen voor gezond leven* de landelijke prioriteiten voor de collectieve preventie voor de komende vier jaren aan. De rijksoverheid heeft daarbij de taak te zorgen voor een goede landelijke infrastructuur. Daartoe is een aanzet gedaan in de samenwerking tussen de ministeries van VWS en VROM op het gebied van gezondheid en leefomgeving in het Actieprogramma Gezondheid en Milieu. Daarmee wil het kabinet ook een voorbeeld zijn voor samenwerking op lokaal niveau. In de komende jaren wil het kabinet met meer sectoren tot vergelijkbare programma's komen.

De gemeenten kunnen en moeten de landelijke prioriteiten vertalen naar de lokale situatie in de lokale nota's gezondheidsbeleid. Uit werkconferenties is het kabinet gebleken dat de gemeenten behoefte hebben aan een landelijk kader. Door onderzoek is aangetoond dat de meeste gemeenten de landelijke prioriteiten volgen. Maar gemeenten geven daarbij ook aan dat aan de gemeentelijke autonomie betreffende budgetten niet mag worden getornd. Het kabinet stelt echter dat samenwerking belangrijk is. Niet elke gemeente moet afzonderlijk het wiel gaan uitvinden en landelijk gesignaleerde bedreigingen moeten ook lokaal worden opgepakt. Het kabinet is daarbij van mening dat er ruimte moet zijn voor gemeenten om in te kunnen spelen op typische gezondheidsaspecten van de lokale situatie. Daarnaast is het leggen van dwarsverbanden tussen gezondheidsbeleid en lokale Wmo-beleidsplannen aan de gemeenten voorbehouden.

5. De regionale basisnota *Samenwerken aan gezond leven*

5.1. Inleiding

De gemeenten in de regio IJssel-Vecht hebben gekozen voor een gezamenlijke voorbereiding van de realisatie van de lokale nota's gezondheidsbeleid 2007 – 2011 door de ontwikkeling van een regionale basisnota. Daarbij hebben de samenwerkende gemeenten een ambtelijke werkgroep en een stuurgroep regionaal gezondheidsbeleid in het leven geroepen die ondersteund en begeleid is door de GGD. De gemeente Raalte heeft daaraan geen actieve bijdrage geleverd vanwege capaciteitsproblemen en de principiële keuze voor het ontwikkelen van een lokale nota met lokale speerpunten.

Op basis van onder meer de landelijke preventienota heeft de stuurgroep in oktober 2006 regionale prioriteiten vastgesteld. Daarna heeft de ambtelijke werkgroep deze prioriteiten in speerpunten uitgewerkt. Hierna zijn reacties van alle betrokken regionale organisaties verwerkt en is de regionale preventienota *Samen werken aan gezond leven* in het portefeuillehoudersoverleg van 21 februari 2007 vastgesteld. Vastgesteld is dat de regionale basisnota geldt als kader voor de lokale nota's gezondheidsbeleid en dient als leidraad die handvatten biedt voor de ontwikkeling van lokale nota's gezondheidsbeleid.

5.2. Doelstelling van de regionale nota

Preventie is erop gericht het aantal jaren dat mensen in goede gezondheid leven te doen toenemen. Langer gezond leven betekent ook minder beroep doen op maatschappelijke ondersteuning en minder langdurige zorg. In navolging van het rijk wordt de doelstelling voor het regionale gezondheidsbeleid omschreven als:

Het verbeteren of behouden van de gezondheid voor alle inwoners van de regio IJssel-Vecht en het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid.

Deze doelstelling past bij de Raalter visie op lokaal gezondheidsbeleid.

In de regionale nota wordt aandacht besteed aan de rol van de provincie, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders op het gebied van de collectieve preventie en wordt ingegaan op de raakvlakken met de Wmo. Omdat het te ver voert deze elementen te behandelen in het kader van deze nota, is de regionale nota integraal als bijlage bij deze lokale nota gevoegd (zie bijlage 3). De regionale basisnota biedt op inhoud de onderbouwing voor de gesignaleerde gezondheidsproblemen in de regio en voor de gemeente Raalte èn daarmee ook voor de keuze van de lokale speerpunten. Ook om die reden is de regionale basisnota als bijlage bij deze nota opgenomen.

In de regionale nota wordt gekozen voor een aanpak gericht op de volgende doelgroepen:

- jongeren
- inwoners met een lage sociaal-economische status
- ouderen

De keuze voor deze doelgroepen ligt in het verlengde van de rijkspreventienota en biedt ook aangrijppingspunten voor de lokale nota gezondheidsbeleid in Raalte.

Voor de benadering van deze doelgroepen is in de regionale aanpak gekozen voor een settingsgerichte aanpak waarbij mensen worden benaderd in hun directe dagelijkse leefomgeving als school, werkplek, sport en de wijk. In de regionale nota zijn de volgende settings benoemd:

- gezin
- school
- wijk/buurt

Daarbij worden meerdere interventies en methoden tegelijkertijd en in samenhang uitgevoerd. De visie van Raalte ten aanzien van de aanpak sluit vrijwel naadloos aan bij deze optiek.

5.3. Regionale prioriteiten en doelstellingen

Het gezondheidsonderzoek van de GGD in de regio IJssel-Vecht laat een aantal zorgwekkende trends zien. Zo is een hoog percentage ouderen eenzaam en is het alcoholgebruik onder jongeren zorgwekkend hoog. Ook het aantal mensen met overgewicht neemt toe. Binnen de jeugdgezondheidszorg blijkt het belang van vroegsignalering en wordt een behoefte aan opvoedingsondersteuning gesignaleerd. Ook neemt het aantal SOA's toe en wordt geconstateerd dat nog te weinig scholen beschikken over een gezond binnenmilieu.

Bij de opstelling van de regionale prioriteiten zijn zowel gegevens uit regionaal onderzoek als de prioriteiten uit de landelijke preventienota richtinggevend geweest. Dat houdt in dat de regionaal geformuleerde speerpunten niet alleen betrekking hebben op de taak van de gemeenten in het kader van gezondheidsbevordering, maar op alle Wcpv-taken.

In de regionale nota samen werken aan gezond leven worden de volgende prioriteiten/speerpunten benoemd:

- overgewicht, inclusief diabetes
- alcoholgebruik
- depressie bij ouderen
- jeugdgezondheidszorg; psychosociale problematiek bij kinderen en jongeren; opvoedingsondersteuning, centra voor jeugd en gezin
- infectieziekten; soa bestrijding
- medische milieukunde; binnenmilieu op scholen en in woningen
- als aanbeveling voor het lokale gezondheidsbeleid: roken

Deze thema's zijn geen op zichzelf staande onderwerpen; er is sprake van samenhang tussen biologische factoren, omgevingsfactoren (sociaal en fysiek), leefstijlfactoren en de organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg.

Bij de regionale benadering van de speerpunten is deze samenhang ook terug te vinden. De groep inwoners met een lager sociaal-economische status heeft vaak een laag opleidingsniveau (sociale omgevingsfactor), woont in het algemeen in slechtere woningen (fysieke omgevingsfactor) en kent doorgaans minder gezonde leefgewoonten (leefstijlfactor). Vaak kent deze groep de toegang tot adequate zorg minder goed. Om deze doelgroep te bereiken zijn interventies op meerder vlakken noodzakelijk.

Binnen de verschillende doelgroepen spelen ook meerdere thema's. Er bestaat een verband tussen jongeren die overmatig drinken en die psychosociale problemen hebben. Er bestaat ook een verband tussen overmatig alcoholgebruik en onveilig vrijen (soa, ongewenste zwangerschappen). Eveneens is een verband aangetoond tussen overgewicht en depressie, tussen opleidingsniveau, alcoholgebruik en behoefte aan opvoedingsondersteuning. Bij het ontwikkelen van interventies moet met deze samenhang rekening worden gehouden en dient te worden gekozen voor een brede, op de leefstijlgerichte aanpak waarbij met meerdere factoren rekening gehouden moet worden.

Op grond van onderzoek (gegevensverzameling GGD, verwerkt o.a. in de kindermonitor, jongerenmonitor en ouderenmonitor) – en in aansluiting op de landelijke preventienota – zijn de volgende doelstellingen per speerpunt geformuleerd voor de regionale aanpak:

- Overgewicht; het percentage jeugdigen met overgewicht moet in 2011 lager zijn dan 19%; het aantal volwassenen met overgewicht mag in 2011 niet zijn toegenomen ten opzichte van het landelijk percentage volwassenen met overgewicht in 2006; te weten 50%
- Alcoholgebruik; de omvang van de groep jongeren in de leeftijd 10 – 24 jaar die drinkt zal in 2011 niet groter zijn dan in 2003; de startleeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken zal in 2011 niet lager zijn dan in 2003; de totale consumptie van alcohol door de groep 10 – 24 jarigen is in 2011 niet toegenomen ten opzichte van 2003

- Depressie bij ouderen; de urgentie van het probleem depressie en eenzaamheid onder de aandacht brengen bij de betrokken regionale en lokale partijen; het inzichtelijk maken van hiaten en knelpunten in de zorgketen rondom depressiepreventie bij ouderen met als uiteindelijk doel; de ketenzorg sluitend maken en het bereik van preventieve interventies te verhogen en eenzaamheid en depressie onder ouderen terug te dringen
- Jeugdgezondheidszorg; het verbeteren van vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen bij psychosociale problemen bij jongeren; op 50% van de scholen voor VO en MBO is in 2011 een ziekteverzuimprotocol ingevoerd en houden jeugdartsen spreekuren om te begeleiden bij zorgwekkend ziekteverzuim; het percentage ouders dat niet weet waar ze met hun vragen over opvoedings- en/of gedragsproblemen terecht kunnen is gedaald naar 20% in 2006 naar 5% in 2011; het plan "geschakelde opvoedingsondersteuning" is geïmplementeerd in 2011; realiseren van een centrum voor jeugd en gezin in alle gemeenten en/of wijken
- Infectieziekten, soa bestrijding; het voortzetten en uitbreiden van preventieve en curatieve activiteiten met als doel het aantal soa's terug te dringen
- Medische milieukunde; het voortzetten van preventieve activiteiten in de vorm van voorlichting en advies met als doel een toename in het aantal frisse en gezonde binnenmilieus op scholen en in woningen

Voor de realisatie van deze doelstellingen is per speerpunt een regionaal plan van aanpak opgenomen in de regionale nota. Daaraan is gekoppeld een begroting van de kosten voor de uitvoering van deze plannen die worden omgeslagen naar een bedrag per inwoner per jaar (inputfinanciering).

De GGD Regio IJssel-Vecht berekent in de regionale basisnota dat voor de realisatie van de speerpunten jaarlijks een bedrag van € 1.429.750,00 nodig is. Dekking wordt verondersteld verkregen te kunnen worden uit het gemeentefonds en uit de reguliere bijdrage aan de GGD. Voor wat betreft de gezondheidsbevordering (overgewicht, alcohol, depressie, psychosociale problematiek) zijn voor het preventieplan in de regio weinig structurele middelen beschikbaar en zullen er, naast provinciale gelden, bijdragen van zorgverzekeraars nodig zijn.

Het is echter afhankelijk van de keuze voor de lokale speerpunten en doelstellingen of en in welke mate wordt aangesloten bij de regionale plannen. In hoofdstuk 8 worden deze lokale speerpunten beschreven. Voor wat betreft de speerpunten infectieziekten en medische milieukunde wordt hier opgemerkt dat deze tot de aan de GGD opgedragen taken in het kader van de Wcpv behoren waarvoor in principe de financiering plaats vindt vanuit de reguliere bijdragen van de deelnemende gemeenten.

6. Evaluatie lokaal gezondheidsbeleid gemeente Raalte 2003 - 2006

6.1. Inleiding

De gemeenteraad van Raalte heeft op 17 december 2002 de kadernota lokaal gezondheidsbeleid 2003 – 2006 vastgesteld. Met het verschijnen van deze kadernota heeft de gemeente Raalte voldaan aan de verplichting op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid voor gemeenten om actief te zijn op het gebied van de volksgezondheid.

De ambitie van Raalte zoals verwoord in de kadernota luidt als volgt:

Raalte wil een gemeente zijn die samen met het veld en de burgers aan de gezondheid van de samenleving werkt. Een gemeente waar gelijke kansen op gezondheid voor alle inwoners zijn, waar zorgvoorzieningen beschikbaar en bereikbaar zijn, waar samenlevingsrelaties en netwerken tot stand komen, en waar de sociale en fysieke omgeving zodanig is ingericht dat het welbevinden van haar inwoners voorop staat.

Aan de hand van in het veld uitgezette enquête zijn knelpunten met betrekking tot de volksgezondheid naar voren gekomen. Daarnaast heeft er een startconferentie plaatsgevonden aan de hand waarvan zes speerpunten van het gezondheidsbeleid van de gemeente Raalte zijn benoemd. De ambitie van de gemeente Raalte is per speerpunt omgezet in een doelstelling en voor enkele speerpunten zijn ook jaarplannen opgesteld.

Uit de evaluatie van het lokaal gezondheidsbeleid in Raalte is naar voren gekomen dat deze visie ook geldig is voor de komende planperiode. Waarbij van vele zijden is opgemerkt dat het aanbevelingen verdient de speerpunten en doelstellingen meer concreet en meetbaar te formuleren.

In de jaren 2003 - 2006 is in de gemeente Raalte hard gewerkt aan de uitwerking van het lokaal gezondheidsbeleid. Daarnaast is er ook aandacht besteed aan het woonbeleid, het lokaal sociaal beleid, jeugdbeleid, het ouderenbeleid, het sportbeleid en de relatie met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Deze beleidsterreinen hebben duidelijke raakvlakken met het gezondheidsbeleid. Voor de volledigheid is de evaluatie van het gezondheidsbeleid in Raalte 2003 – 2006 als bijlage opgenomen (bijlage 4). Hier wordt volstaan met de belangrijkste conclusies van de evaluatie voor de komende planperiode.

6.2. Conclusies voor de periode 2007 – 2010

In het algemeen kan worden geconstateerd dat de doelstellingen van het lokaal gezondheidsbeleid in belangrijke mate binnen dat beleid – of binnen andere beleidsterreinen – zijn gerealiseerd of dat een aanvang is genomen met de doelrealisatie.

Echter er mag ook worden geconstateerd dat het gewenst is op een aantal zaken door te borduren in de komende beleidsperiode. Met name op de volgende speerpunten is het gewenst de ontwikkelingen te volgen dan wel mee te nemen bij de formulering van speerpunten voor de periode 2007 – 2010:

- samenwerking tussen hulpverleners; evaluatie van het functioneren van het Platform Welzijn, Wonen en Zorg met het oog op het voortdurend verbeteren van de samenwerking tussen de hulpverleners
- te weinig beweging; het opvolgen van de ontwikkelingen op het gebied van sportstimulering in relatie met het landelijk speerpunt overgewicht. Beweging is een factor die van invloed is op overgewicht
- eenzaamheid; vanuit het schakelpunt is aan de hand van casuïstiek een trend gesignaleerd die vraagt om initiatieven op het gebied van preventief gezondheidsbeleid
- Jeugdpreventie

Daarnaast moet worden geconstateerd dat voor de komende periode – waarin een aantal speerpunten al landelijk bepaald is – de doelstellingen meer concreet en meetbaar geformuleerd moeten worden.

7. Gezondheidsvraagstukken in de gemeente Raalte

7.1. Inleiding

Navolgende is gebaseerd op gegevens uit intern onderzoek: een vragenlijst onder de afdelingshoofden van de gemeente Raalte en collega's van de afdeling MaZa en interviews met een aantal professionals in het veld. Daarnaast is een aantal gegevens verwerkt uit de gezondheidsmonitoren van de GGD.

In het algemeen kan worden gesteld dat uit het interne en het externe onderzoek naar voren komt dat de gezondheidsproblemen in Raalte in grote mate overeenkomen met de vraagstukken die landelijk en regionaal zijn gesignaleerd. Met name de ongezonde leefstijl – roken, alcoholgebruik, slechte voedingsgewoonten, te weinig beweging met als gevolg overgewicht en een vergrote kans op diabetes – wordt als (te) vaak voorkomend genoemd. Ook wordt in het bijzonder gewezen op het feit dat het vaak om jongeren gaat en personen met lagere inkomens i.c. uitkeringsgerechtigden. Eveneens wordt gewezen op het belang van vroegsignalering in het geval van jongeren met internaliserend (depressieve stoornissen) en externaliserend probleemgedrag (alcoholmisbruik, vandalisme, schooluitval, criminaliteit). Daarnaast wordt het probleem van vereenzaming – niet alleen onder ouderen, maar ook onder andere alleenstaanden (vaak uitkeringsgerechtigden) – als een serieus probleem genoemd. Hierbij spelen dan vaak nog andere problemen als het niet actief deelnemen aan de samenleving, terugtrekken in een isolement, vervuiling, soms gepaard gaand met alcoholmisbruik, ook een rol.

Hierna wordt ingegaan op de Raalter situatie ten aanzien van de landelijke speerpunten.

7.2. Overgewicht en diabetes

Het landelijk beleid kent als doelstelling het percentage jeugdigen met overgewicht te doen dalen ten opzichte van 2005 en het percentage volwassenen met overgewicht niet te laten stijgen ten opzichte van 2005.

Het aantal mensen met (ernstig) overgewicht stijgt enorm. De gezondheidsrisico's daarvan zijn zeer groot. Er is een verhoogde kans op het ontwikkelen van diabetes (type 2), hart- en vaatziekten, etc. Daarnaast hebben mensen met overgewicht een negatief zelfbeeld (risicofactor bij depressie) en lopen jongeren met overgewicht meer kans om gepest te worden (risicofactor bij psychosociale problemen onder jongeren)

Regionaal zijn de volgende cijfers van belang betreffende (ernstig) overgewicht:

0 – 6 jaar:	12%, waarvan 2% ernstig overgewicht
6 - 12 jaar:	15%, waarvan 2 % ernstig overgewicht
12 – 24 jaar:	16%

Onder de volwassenen bedraagt het overgewicht 50%, waarvan 25% met ernstig overgewicht..

Regionaal zijn hierom de volgende doelstellingen geformuleerd:

- het regionaal percentage jeugdigen met overgewicht moet in 2011 lager zijn dan 19%
- het regionaal percentage volwassenen met overgewicht mag in 2011 niet zijn toegenomen ten opzichte van 2006 (50%)

Voor Raalte zijn de volgende cijfers bekend. Het overgewicht in de leeftijdsgroep 1 tot 12 jaar bedraagt 10%. Zorgwekkend is dat er wellicht een trend te ontdekken is: in groep 2 is het percentage overgewicht 1%, maar in groep 7 is dat percentage 8,6. Voor het overige zijn alleen gegevens voor Raalte bekend betreffende de eigen mening over het gewicht. Daaruit blijkt dat gemiddeld 22% van de jongeren tussen de 12 en 23 jaar zich zelf (veel) te zwaar acht. Hoewel dit een minder betrouwbare waarneming is dan via objectieve metingen, is het wel een indicatie aan voor het voorkomen van het

probleem. Op grond van de gegevens is het reëel te veronderstellen dat de Raalter situatie ten aanzien van overgewicht niet significant afwijkt van het regionale beeld.

Het is daarom wenselijk op dit speerpunt aan te sluiten bij de regionale doelstellingen en dit speerpunt mee te nemen in de thema's voor het lokaal gezondheidsbeleid 2007 - 2011 in de gemeente Raalte.

7.3. Roken

Het rijk wil het percentage rokers terugdringen van 28% in 2005 naar 20% in 2010. Regionaal wordt bij deze landelijke doelstelling aangesloten.

In 2005 rookte 28% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder. Mensen met een lage sociaaleconomische status roken in het algemeen meer dan mensen met een hogere sociaaleconomische status. Roken vormt al jarenlang de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Jaarlijks overlijden ruim 20.000 Nederlanders aan ziektes die met roken te maken hebben. De roker schaaft niet alleen zijn eigen gezondheid maar ook die van anderen in zijn omgeving. Passief meerroken is onder meer verantwoordelijk voor luchtwegaandoeningen bij kinderen. Daarnaast heeft roken (als gevolg aan roken gerelateerde ziektes) financiële consequenties: verlies aan productiviteit, kosten voor gezondheidszorg.

Op basis van de gegevens van de GGD Regio IJssel-Vecht wordt aangetoond dat van de jongeren tussen de 12 en 15 jaar 5% dagelijks rookt; bij de jongeren van 16 tot 23 jaar is dit 24%. Voor Raalte gelden de volgens cijfers (2003) ten aanzien van het dagelijks roken:

12 – 15 jaar	5%
15 – 19 jaar	17%
20 - 23 jaar	29%
55 jaar en ouder:	gemiddeld ruim 11 %

Voor de ontbrekende leeftijdsgroepen zijn geen cijfers bekend, maar er is geen reden te veronderstellen dat Raalte afwijkt van het landelijk cijfer. Net name het relatief grote percentage rokers in de leeftijdscategorie 20 tot 23 jaar is een punt van zorg.

Het is aanbevelenswaardig voor het Raalter beleid aan te sluiten op de eerder beschreven landelijke en regionale doelstelling. Derhalve is het logisch dit speerpunt onder te brengen in de thema's voor het lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2007 – 2011.

7.4. Schadelijk alcoholgebruik

In de landelijke preventienota Kiezen voor gezond leven wordt op dit speerpunt de volgende doelstelling geformuleerd: het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugdringen tot het niveau van 1992 en het aantal volwassen probleemdrinkers terugbrengen van 10,3% (2005) tot 7,5% in 2010.

Schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk: black-out, alcoholvergiftiging, toenemende kans op risico seksueel gedrag op de korte termijn. En op de lange termijn: hersenbeschadiging, risico van verhoogde bloeddruk (beroerte, hartziekten), bij jongeren schade aan de ontwikkelingen van de hersenen, etc. Ook heeft overmatig alcoholgebruik maatschappelijke gevolgen: agressie, criminaliteit, verkeersveiligheid, openbare orde.

Landelijk is het probleem groot te noemen; ongeveer 14% van de mannen van 12 jaar en ouder gebruikt overmatig alcohol (dagelijks meer dan drie glazen); voor de vrouwen ligt dat percentage op 10. Zwaar alcoholgebruik (minstens een dag per week zes glazen of meer) komt bij 19% van de mannen van 12 jaar en ouder voor; en bij 4% van de vrouwen.

Alcoholgebruik onder jongeren neemt toe. De Nederlandse jongeren behoren tot de koplopers in Europa. Dit geldt ook voor de regio IJssel-Vecht. Bovendien wordt de leeftijd waarop jongeren voor het

eerst alcohol drinken steeds lager. Ook is er sprake van een toegenomen tolerantie van ouders ten opzichte van het (toenemende) drankgebruik van hun kinderen.

Regionaal zijn de volgende gegevens van betekenis. Het percentage jongeren tussen 12 en 24 jaar dat wel eens alcohol drinkt is hoog: bij de groep 12 – 15 jaar 52% en bij de groep 16 jaar en ouder 88%. Bij deze laatste groep geeft meer dan 30% aan regelmatig grote hoeveelheden alcohol te nuttigen. Van de ouders vindt 15% het goed dat hun kind op 14,15 jarige leeftijd alcohol driinkt; voor de groep 16 jaar en ouder is dat 74%.

Regionaal zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

- de groep jongeren in de leeftijd 10 – 24 jaar die drinkt is in 2011 niet groter dan die in 2003
- de startleeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken is in 2011 niet lager dan in 2003
- de totale consumptie van alcohol door de groep 10 – 24 jarigen is in 2011 niet toegenomen ten opzichte van 2003
- het percentage ouders dat het goed vindt dat hun kind op 14,15 jarige leeftijd alcohol drinkt is in 2011 gedaald tot 105 (nu 15%)
- de omvang van de groep 10 – 15 jarigen die wel eens alcohol drinkt is in 2011 teruggebracht tot het niveau 1998; te weten 43% (nu 52%)
- het percentage jongeren van 16 jaar en ouder dat regelmatig veel drinkt is in 2011 verlaagd tot 25% (nu 30%)

Voor Raalte gelden nog specifiek de volgende gegevens ten aanzien van jongeren die wel eens alcohol drinken:

12 – 15 jaar	67% (regionaal 52%)
16 – 23 jaar	93% (regionaal 88%)

Voor beide leeftijdscategorieën scoort Raalte dus hoger dan het regionaal gemiddelde.

Gelet op vorenstaande is het gewenst aan te sluiten bij de landelijke en regionale doelstellingen. Ook dit speerpunt moet worden opgenomen binnen de thema's voor het lokaal gezondheidsbeleid.

7.5. Depressie

Het landelijk beleid kent de volgende doelstelling op dit gebied: meer mensen krijgen preventieve hulp voor depressies (nu: ca. 4.000)

Per jaar lijden 737.000 volwassenen in Nederland aan een depressie; hiervan maken 359.000 personen voor het eerst een depressie door. Daarnaast worden depressies vaak niet als zodanig herkend. De omvang van het probleem is dus waarschijnlijk groter. Ook is de kans op herhaling groot. Depressies doen zich vaak voor in de leeftijd tussen 25 en 45 jaar. Ook het aantal ouderen (55 jaar en ouder) met depressieve stoornissen neemt toe (als gevolg van eenzaamheid, verlies partner, verlies baan, incidenten in het leven). Mensen met een depressieve stoornis zijn beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Depressies tasten de kwaliteit van het leven in ernstige mate aan. Vaak gaan depressies gepaard met een ongezonde leefstijl. Daarnaast is er sprake van een toenemend zorggebruik als gevolg van depressieve stoornissen. Ook brengen depressies grote maatschappelijke kosten met zich mee (productie uitval).

In de regio blijkt dat psychische gezondheidsproblemen onder ouderen (55 jaar en ouder) voorkomen bij 9% licht psychisch ongezond, 2% matig psychisch ongezond en 1% ernstig psychisch ongezond. Deze problemen komen meer voor bij alleenstaanden. Onder de groep ouderen geeft ongeveer 30% aan zich in enige mate tot zeer ernstig eenzaam te voelen. Eenzaamheid is een van de belangrijkste risicofactoren voor depressies onder ouderen. De Raalter gegevens wijken niet erg af van de regionale: psychisch ongezond 12% (regionaal 12%); eenzaam 28% tegen 30% regionaal.

Landelijk gezien is door de jeugdgezondheidszorg een behoorlijke omvang van psychosociale problematiek geconstateerd. Ten aanzien van de lichte psychosociale problematiek wordt

geconcludeerd dat er sprake is van problemen bij 28% van de 5-6 jarigen en 21% van de 8-13 jarigen. Voor de scholieren (11 -17 jaar) geldt dat in 13% van de populatie er sprake is van zodanig internaliserende problemen (klachten van depressieve aard) dat ondersteuning of zelfs professionele hulp nodig is; ten aanzien van externaliserende problemen (uiterlijk waarneembaar probleemgedrag) ligt dit percentage op 11. Hoewel depressieve gevoelens bij de puberteit behoren, maakt het aantal jongeren dat zwaardere psychosociale problemen heeft, het probleem tot een groot gezondheidsprobleem. Beoordeeld naar ziektelast van jongeren, staan depressie en angststoornissen op de tweede en derde plaats na alcoholgerelateerde problemen.

Psychosociale problematiek onder jongeren kan uiteenlopende oorzaken hebben. In veel gevallen spelen negatieve omgevingsfactoren zoals armoede, verwaarlozing, mishandeling, opvoedingsproblemen, echtscheiding en pesten op school, een grote rol. Ziekteverzuim in het voorgezet onderwijs kan worden gezien als een signaal van psychosociale problematiek.

Uit de regionale gezondheidsmonitor (12– 24 jaar) blijkt dat gemiddeld 22% van de jongeren psychosociale problemen heeft. Bij de meisjes (28%) ligt dit percentage aanmerkelijk hoger dan bij de jongens (14%); het percentage jongeren met problemen neemt toe met de leeftijd. Ruim 13% van de jongeren heeft gedachten aan zelfdoding gehad in de afgelopen 12 maanden en bijna 6% van de 16 – 24 jarigen heeft een of meer pogingen tot zelfdoding ondernomen.

Er is geen reden te veronderstellen dat de cijfers voor de gemeente Raalte afwijken van de regionale gegevens.

Vanwege de omvang en ernst van de problematiek en de daaruit voortvloeiende ziektelast zijn ten aanzien van depressies regionaal speerpunten opgesteld. Het is logisch binnen de thema's voor het lokaal gezondheidsbeleid gemeente Raalte 2007 – 2011 ook aandacht aan deze problematiek te besteden.

8. Gezondheidsthema's lokaal gezondheidsbeleid gemeente Raalte 2007 – 2011

8.1. Inleiding

Op basis van de landelijke speerpunten, de regionale basisnota, de evaluatie van het beleid over de periode en de analyse van gezondheidsproblemen in de gemeente Raalte, worden voor de periode 2007 – 2011 de volgende thema's gekozen waarin ook de landelijke speerpunten zijn verwerkt.

- Slechte leefgewoonten/leefstijl die gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken. Aandacht voor (overmatig) alcoholgebruik, roken, overgewicht (met als gevolg vergrote kans op diabetes), stress en werkdruk (risico van depressie). Doelstelling: verbeteren van de kwaliteit van het leven
- Samenwerking in de zorg met als doelstelling: verbeteren van de samenwerking in de eerste lijnszorg en het integreren van die samenwerking in een breder perspectief (welzijn, wonen en zorg) met het accent op preventie en komen tot een eenduidige overlegstructuur
- Aandacht voor eenzamen (eenzaamheid onder ouderen en andere eenzamen is een risicofactor voor depressie) als ouderen, uitkeringsgerechtigden, nuggers (niet uitkeringsgerechtigden). Doelstelling zo lang mogelijk deelnemen aan de samenleving en zolang mogelijk eigen verantwoordelijkheid dragen met als aandachtspunten eenzaamheid, depressie en praktische ondersteuning
- Aandacht voor preventie van psycho-sociale problematiek bij jeugdigen met als doelstelling het voorkomen van sociaal-emotionele problematiek, verbeteren van preventie, 100% toegankelijkheid gezondheids- en opvoedingsondersteuning

8.2. Bevorderen gezonde leefstijl

De keuze voor dit beleidsthema is gemaakt omdat een ongezonde leefstijl hoge ziektelasten met zich meebrengt en omdat op dit terrein door preventie een grote gezondheidswinst te boeken valt. Een ongezonde leefstijl wordt gekenmerkt door (schadelijk) alcoholgebruik, ongezonde voeding, overgewicht (met als risico: diabetes 2), roken, te weinig beweging, stress en werkdruk. Hiervoor is al een mogelijke samenhang tussen leefstijl en depressie benoemd. Daarnaast is er een verband tussen ongezonde leefstijl en een lage sociaal-economische status aangetoond.

De doelstelling bij dit thema is: *de kwaliteit van het leven verbeteren.*

In concrete en meetbare doelstellingen vertaald gelden de volgende doelstellingen voor de periode 2007 – 2011:

<i>Roken:</i>	In 2010 zijn er nog 20% rokers tegen nu 28%
<i>Overgewicht:</i>	Het percentage jeugdigen (tot en met 23 jaar) met overgewicht moet in 2011 lager zijn dan 19%; het aantal volwassenen met overgewicht mag in 2011 niet zijn toegenomen ten opzichte van het landelijk percentage volwassenen met overgewicht in 2006; te weten 50%
<i>Diabetes:</i>	Het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2015 met niet meer dan 15% stijgen; daarbij heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties
<i>Alcoholgebruik:</i>	Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992; minder volwassen probleemdrinkers; van 10,3% nu naar 7,5% in 2010 De groep jongeren in de leeftijd 10 – 24 jaar die drinkt is in 2011 niet groter dan die in 2003 (nu: 12 – 15 jaar: 67%; 16 – 23 jaar: 93%) De startleeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken is in 2011 niet lager dan in 2003 (12 – 15 jaar)

De totale consumptie van alcohol door de groep 10 – 24 jarigen is in 2011 niet toegenomen ten opzichte van 2003

Het percentage ouders dat het goed vindt dat hun kind op 14,15 jarige leeftijd alcohol drinkt is in 2011 gedaald tot 10% (nu 15%)

De omvang van de groep 10 – 15 jarigen die wel eens alcohol drinkt is in 2011 teruggebracht tot het niveau 1998; te weten 43% (nu 52%)

Het percentage jongeren van 16 jaar en ouder dat regelmatig veel drinkt is in 2011 verlaagd tot 25% (nu 30%)

Beweging:

Stimuleren van beweging door stimulering van breedtesportdeelname en in stand houden van sportvoorzieningen

Om deze doelstellingen te realiseren is het in onze visie noodzakelijk preventieve interventies te plegen in meerdere domeinen van het leven; juist omdat leefstijl door die domeinen in gunstige en ongunstige zin beïnvloed kunnen worden. Hierbij worden de volgende domeinen bedoeld:

- gezin
- school/werk
- vereniging of andere groepen waarvan iemand deel uitmaakt
- wijk/dorp

Preventie-activiteiten en –programma's dienen meerdere van deze domeinen te bestrijken, zodat het mogelijk is tegelijkertijd en tijdvolgordelijk en in samenhang met elkaar preventie-interventies uit te voeren.

Om deze doelstellingen te bereiken worden de volgende activiteiten uitgevoerd:

- opdracht verstrekken aan de GGD tot onderzoek gericht op het verkrijgen van gegevens voor de beoordeling van de mate van realisatie van de doelstellingen¹. Planning 2008 en 2010.
- onderzoek naar de samenhang tussen slechte leefgewoonten en laag inkomen. De afdeling Maza is hiermee belast in samenwerking met de afdeling SoZa. Uitvoering vanaf 2009
- voorlichting tabakspreventie conform de Richtlijn tabakspreventie van STIVORO; doelgroep 12 – 23 jaar; rol gemeente: coördinatie door de afdeling MaZa; planning 2009
- het bestrijden van overgewicht en te weinig beweging door het stimuleren van (breedte)sportdeelname op grond van het beleid zoals vastgelegd in de Sportvisie 2005; de planning wordt opgenomen in het te realiseren sportbeleid. De afdeling MaZa is hiermee belast
- Bevorderen van een fysieke leefomgeving (wijken, scholen) waardoor bewegen wordt gestimuleerd. De afdeling REO is belast met de planning en uitvoering; bij aanpassingen in bestaand gebied ligt hier ook een taak voor de afdeling V&I
- activiteiten gericht op preventie van overgewicht aansluitend bij bestaande inzichten²: Doelgroep: de eerste drie activiteiten maken deel uit van de jeugdgezondheidszorg 0 – 19 jarigen. Activiteit vier richt zich op de groep in de leeftijd vanaf 20 jaar. Rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza. Planning: vanaf 2008
- uitvoering van het project Alcoholmatiging Jeugd Regio IJsselland gericht op de aandachtsgebieden thuis, onderwijs, vrije tijd en handhaving en leidend tot een pakket maatregelen en interventies waaruit gemeenten kunnen kiezen. De planning en uitvoering wordt opgenomen in de nota Jeugdbeleid. De afdeling Maza is hiermee belast.

¹ De huidige gegevens uit de monitoren zijn vooral gericht op de ervaren gezondheidstoestand van de ondervraagden. Deze monitoren bieden geen objectieve gegevens.

² Het betreft hier:

1. het rapport "kwaliteit van leven" van het Wilhelmina kinderziekenhuis Utrecht, Universiteit Twente, ondersteund door het TNO
2. het signaleringsprotocol jeugdgezondheidszorg
3. landelijk overbruggingsplan overgewicht
4. verbreding project "gezonde wijk" van de GGD

- handhaving van wet- en regelgeving door keten, horeca, verenigingen en winkels met betrekking tot de verkrijgbaarheid van alcohol. De afdeling BMJZ is belast met de planning en uitvoering waar het de inrichtingseisen betreft.

8.3. Samenwerking in de zorg

De keuze voor dit thema is gebaseerd op de uitkomsten van de evaluatie van de periode 2003 – 2006 op het speerpunt samenwerking tussen hulpverleners. De centrale vraag binnen dit thema is op welke wijze de samenwerking in de eerste lijnszorg bewerkstelligd i.c. verbeterd kan worden; en op welke wijze deze samenwerking kan worden geplaatst in een breder perspectief (welzijn, wonen, zorg)

De doelstelling is: *komen tot een eenduidige overlegstructuur*

Hierbij spelen de volgende aspecten een rol:

- toegankelijkheid van de eerstelijnszorg verbeteren door het opzetten van een Wmo-loket. De afdeling MaZa is belast met de planning en de afdeling PuZa met de uitvoering: realisatie 1 januari 2008
- samenwerking tussen zorgaanbieders gericht op preventie in meerdere levensdomeinen bevorderen in het platform Welzijn, Wonen en Zorg; in dit platform realiseren van afstemming van zorgaanbod op elkaar en de behoefte aan zorg; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; Het betreft hier voortzetting van bestaande activiteiten
- samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gericht op preventie in meerdere levensdomeinen; rol gemeente: stimuleren door de afdeling Maza; voortzetting van huidige activiteiten
- 1^e lijnshulpverleners attenderen op noodzaak van vroegsignalering ten aanzien van lokale gezondheidsproblemen (zie leefstijl). Dit bespreken in het platform Welzijn, Wonen en Zorg en in de Regiegroep Jeugdbeleid; eventueel vanuit het platform een werkgroep instellen waarin dit wordt besproken en teruggekoppeld; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning: vanaf 2008
- samenwerkingsovereenkomst maken voor het platform Welzijn, Wonen en Zorg en deze door partijen laten ondertekenen; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning: 2008

8.4. Aandacht voor eenzaamheid

De keuze voor dit thema ligt in het verlengde van de speerpunten eenzaamheid en aandacht voor ouderen uit de planperiode 2003 – 2006. Op dit terrein is inmiddels veel gerealiseerd. Echter: ten aanzien van eenzaamheid onder ouderen, maar ook onder andere kwetsbare groepen, is nog gezondheidswinst te boeken. Juist ook omdat is gesignaleerd dat vereenzaming onder andere kwetsbare groepen leidt tot isolement en verwaarlozing en vaak gepaard gaat met een ongezonde leefstijl. Binnen dit thema is depressie – onder ouderen vaak voorkomend – een belangrijk aspect. Eenzaamheid is immers een belangrijke risicofactor bij depressie.

De doelstelling bij dit thema luidt: *het zo lang mogelijk deelnemen aan de samenleving en zo lang mogelijk dragen van eigen verantwoordelijkheid.*

Activiteiten voor de komende planperiode zijn:

- onderzoek naar aard en omvang van de problematiek van eenzaamheid, isolement en slechte leefgewoonten; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning: de gemeente besteedt het onderzoek uit aan een nader te bepalen partij; start van het onderzoek in het derde kwartaal van 2008
- op basis van hiervoor genoemd onderzoek stimuleren van een sluitend aanbod: rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning: derde kwartaal 2009
- uitwerken van een regeling diensten voor wonen met zorg (bijvoorbeeld: alarmservice, maaltijdverstrekking, hand- en spandiensten, sociaal-culturele activiteiten, cliëntondersteuning) voor personen met ernstige beperkingen en met een verblijfsindicatie AWBZ die zelfstandig of begeleid wonen. Deze regeling uitwerken in het kader van het

Wmo-beleid. Bepalen dat 2008 een beleidsarm jaar is en de regeling in 2008 uitvoeren conform voorgaande jaren (AWBZ-subsidiesystematiek). Rol gemeente: de afdeling MaZa is belast met planning en uitvoering; planning: 2008

- het ontwikkelen en tot uitvoering brengen van een methodiek om bij de gemeente bekende personen die tot de doelgroep gerekend mogen worden te benaderen en te ondersteunen. Planning en uitvoering door de afdeling Sociale Zaken
- voorlichting over depressie en onder de aandacht brengen bij lokale partijen; rol gemeente: coördinatie door de afdeling MaZa; planning: start in 2008
- collectieve GGZ-preventie inzake depressie conform de voormalige AWBZ-subsidieregeling collectieve GGZ-preventie nu uitgevoerd door RIAGGz: coördinatie door de afdeling MaZa; planning: voortzetten bestaande activiteiten.
- vanaf 2010 aansluiten bij de regionale aanpak van depressie bij ouderen; rol gemeente: coördinatie door de afdeling MaZa; planning: vanaf 2010

8.5. Jeugdpreventie

Dit thema sluit eveneens aan op de speerpunten van het beleid in de voorgaande planperiode en sluit ook aan op het regionaal beleid voor de periode 2007 – 2011.

De doelstellingen op dit thema zijn: *het voorkomen van sociaal-emotionele problemen onder de jeugd, het verbeteren van de preventie en een 100% toegankelijkheid van de gezondheids- en opvoedingsondersteuning.*

Ten aanzien van dit thema worden in de komende planperiode de volgende activiteiten in gang gezet:

- versterking van de vroegsignalering door de zorgadviesteams in VO en MBO en Zorgplatform Salland ; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning en uitvoering opnemen in de nota Integraal Jeugdbeleid
- bevorderen van de samenwerking van de ketenpartners in onderwijs, jeugd(gezondheids)zorg, preventie, handhaving leerplicht, ggz en jeugdhulpverlening gericht op ondersteuning van ouders en jongeren, bevorderen afstemming tussen preventieve en curatieve voorzieningen; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning en uitvoering opnemen in de nota Integraal Jeugdbeleid
- het stimuleren van preventieprogramma's gericht op het bevorderen van het psychisch welbevinden, de sociale competentie en het bevorderen van weerbaarheid van jeugd en jongeren; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning: vanaf 2008
- het voor opvoeders in kaart brengen waar zij terecht kunnen voor informatie en advies, hulpverlening en indicatiestelling inzake opvoedingsondersteuning en dat aanbod aan burgers bekend maken. Deze informatie behoort beschikbaar te zijn in het WMO-loket; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning en uitvoering opnemen in de nota Integraal Jeugdbeleid
- het samen met partners onderzoeken van de wenselijkheid en mogelijkheid van een centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) in Raalte; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning en uitvoering opnemen in de nota jeugdbeleid
- het mogelijk(er)wijs (afhankelijk uitkomst onderzoek) realiseren van een CJG in Raalte met als taken: informatie en advies, jeugdgezondheidszorg, opvoedingsondersteuning, screening, doorverwijzing, integrale indicatiestelling, lichte ambulante hulpverlening, zorgcoördinatie en begeleiding, leerplicht, pre- en perinatale zorg, vraagbaak en meldpunt voor andere professionals; rol gemeente: coördinatie door de afdeling Maza; planning en uitvoering opnemen in de nota Integraal Jeugdbeleid

9. Relatie met de Wmo

9.1. Inleiding

Op een drietal prestatievelden van de Wmo wordt – vanwege de samenhang met lokaal gezondheidsbeleid – in deze kadernota in het kort ingegaan:

- maatschappelijke opvang: het aanbod voor mensen die al dan niet de thuissituatie hebben verlaten en die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven; ambulante verslavingszorg
- vrouwenopvang: het tijdelijk bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan vrouwen die, al dan niet gedwongen, de thuissituatie hebben verlaten in verband met problemen van relationele aard of geweld; huiselijk geweld
- openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz): het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van oggz, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de oggz

9.2. Maatschappelijke opvang en ambulante verslavingszorg

Voor Raalte is Deventer centrumgemeente voor de ambulante verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Recentelijk is er een beleidskader opgesteld voor dit beleidsgebied: *Een sociale structuur voor kwetsbare mensen*. Dit kader bevat beleidsdoelstelling voor de periode tot en met 2009. Het kader vormt een uitwerking van de taak van de centrumgemeente om te komen tot een geïntegreerd beleid voor de centrumgemeente en de regio betreffende deze doelgroep. De doelstelling van het beleid is het realiseren en in stand houden van een geheel van voorzieningen voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg dat is afgestemd op de regionale behoefte en op het beleid en voorzieningen in aanpalende sectoren (bijvoorbeeld: klinische verslavingszorg). De financiering vindt plaats door een specifieke uitkering van rijksmiddelen aan de centrumgemeente.

In het beleidskader wordt gekozen voor een koppeling tussen verslavingszorg en maatschappelijke opvang en biedt de mogelijkheid per subregio een eigen beleidskader te ontwikkelen.

In het beleidskader worden de volgende problemen op het gebied van maatschappelijke opvang en verslavingszorg geconstateerd:

- de groep drugsverslaafden is voornamelijk in de steden geconcentreerd
- er is geen beeld van het aantal dak- en thuislozen
- de aanwezige voorzieningen voor dagopvang zijn minimaal
- er is geen nachtopvang voor dak- en thuislozen
- de psychische problematiek onder de doelgroepen is ernstig
- inzicht in bereik en effect van intramurale en ambulante hulpverlening ontbreekt
- er is te veel (overlappend) overleg binnen en tussen instellingen
- de problematiek van alcoholverslaving is onderbelicht

Voor het beleidskader gelden de volgende uitgangspunten:

- verslaving en dak- en thuisloosheid wordt zoveel mogelijk voorkomen
- het beleid is gericht op zorg en op het voorkomen van overlast
- het beleid wordt bepaald met in plaats van over de doelgroep
- maatschappelijke opvang dient als aanvullend vangnet

De volgende doelstellingen wil de centrumgemeente bereiken:

- realiseren van een regionaal sluitende keten van zorgvoorzieningen
- meer aandacht voor preventie
- nadruk op maatschappelijk herstel

- professionalisering van monitoring en onderzoek
- versterking van de organisatie en (financiële) samenwerking

Daarnaast is het de intentie om meer middelen te verkrijgen analoog aan het Stedelijk Kompas van de G-4.

Ook het project Regizorg is in deze van belang; de centrumgemeente wil samen met Salland Verzekeringen komen tot een gezamenlijke inkoop met name voor de hier gememoreerde prestatievelen van de Wmo.

9.3. Huiselijk geweld

Voor dit beleidsonderdeel is de gemeente Raalte aangesloten bij de centrumgemeente Apeldoorn. Apeldoorn heeft de gemeente Deventer opdracht gegeven om een advies- en steunpunt huiselijk geweld in te richten. De gemeente Raalte is hierbij aangesloten. De uitvoering van het casemanagement heeft de gemeente Raalte uitbesteed aan het algemeen maatschappelijk werk (AMW); een divisie van Carinova. Vooralsnog heeft dit alleen betrekking op het jaar 2007.

De casemanager is de centrale schakel in de keten van politie, justitie en hulpverlening (steunpunt en hulpverleningsinstanties). Het casemanagement heeft de volgende taken:

- behandelen van meldingen
- het voeren van gesprekken met betrokkenen en hulpverleners
- het uitzetten van de hulpvraag (doorverwijzing)
- (het bevorderen van) samenwerking met het advies- en steunpunt huiselijk geweld

De financiering vindt plaats via een doeluitering. Op dit moment is niet bekend hoe de financiële stroom er per 1 januari 2008 uitziet. Er wordt in ieder geval gestreefd naar landelijke en provinciale alarmnummers voor verwijzing naar een beperkt aantal steunpunten. Deventer oriënteert zich inmiddels meer op Zwolle, waarbij wordt gedacht aan een provinciaal steunpunt. Het accent wordt de komende jaren gelegd op het versterken van de veiligheids- en zorgketen. Van belang wordt een goede registratie en uniforme aanpak geacht.

Afhankelijk van de ontwikkelingen – waar wordt voor Raalte een steunpunt ingericht, hoe wordt het casemanagement gepositioneerd, hoe wordt de financiering geregeld en welke financiële consequenties heeft dat voor de gemeente Raalte – zal in de tweede helft van 2007 een beslissing genomen moeten worden op welke wijze de gemeente Raalte in deze haar beleid tot uitvoering brengt.

9.4. Oggz

Het beleid inzake oggz is opgedragen aan de centrumgemeente Deventer. De gemeente Deventer zal in samenwerking met betrokken gemeenten het Oggz-beleid vormgeven. Dit beleid is mede afhankelijk van de beschikbare financiële middelen. Op dit moment is het nieuwe landelijke verdeelmodel nog niet bekend.

De gemeente Raalte is aangesloten bij de GGD Regio IJssel-Vecht. De gemeente Deventer functioneert in een andere regio en heeft andere netwerken als het gaat om Oggz-voorzieningen (opvang en dergelijke). Met betrekking tot het vormgeven van het Oggz-beleid zal Raalte moeten heroverwegen of wordt aangesloten bij de regio of bij acties van de centrumgemeente Deventer. Hierbij zal de verdeling van middelen een belangrijke rol spelen.

Op dit moment participeert de RIAGGz Over de IJssel als ketenpartner in een samenwerkingsverband van oggz, verslavingszorg, ggd, politie en woningbouwverenigingen als vangnet bij problematisch woongedrag. De activiteiten zijn er op gericht huisuitzettingen te voorkomen door een gecoördineerde aanpak (dranghulp). Daarnaast zijn medewerkers van de crisisdienst belast met het benaderen van personen die geen hulp vragen, maar die deze hulp wel nodig hebben vanwege oggz-problematiek (bemoeizorg) voor de doelgroepen: jongeren, ouderen en volwassenen.

Inmiddels is in de regio IJssel-Vecht gestart met de uitvoering van bemoeizorg psychiatrie/ verslavingszorg. Dit betreft een geïntegreerde aanpak van de zorg voor met name dak- en thuislozen met verslavingsproblematiek in combinatie met psychiatrische problematiek. Het gaat om een doelgroep die geen contact heeft met hulpverleners en dit contact ook afhoudt. De aanpak is gericht op toeleiding naar een regulier zorgcontact.

Eveneens is er in de regio IJssel-Vecht sprake van bemoeizorg voor de groep langdurig zorgafhankelijke cliënten (chronisch psychiatrische problematiek) die periodiek zorg mijden. Ook hier is het contact gericht op toeleiding naar reguliere zorg.

Het RIAGG participeert ook in het project huiselijk geweld. Naast deelname aan het platform huiselijk geweld verzorgt het RIAGG bijscholing gericht op vroegsignalering (o.a. aan onderwijsgevenden).

Op het gebied van oggz bestaat er ook het team VIA waarin het RIAGG, de RIBW, het CAD-Tactus, MEE, AMW en GGD participeren. Dit is een meldpunt bij de GGD voor Vangnet, Informatie en Advies voor hulp aan mensen die anders tussen wal en schip dreigen te raken. VIA is gericht op mensen die in een zorgwekkende situatie – psychische problemen, verslaving, verstandelijke handicap, vervuilde situatie, dak- of thuisloosheid - verkeren en hierin zelfstandig geen verandering kunnen brengen. Hoewel zij hulp nodig hebben, zullen zij hier niet zelf om vragen. Interventies van Via vinden plaats op basis van signaleren uit de omgeving van de (toekomstige) cliënt. De interventies zijn er primair op gericht de cliënt staande te houden en de situatie voor de cliënt leefbaarder te maken. De interventies zijn er uiteindelijk op gericht een vangnet om de cliënt te creëren waardoor deze – ondanks eventuele beperkingen – in staat wordt gesteld een zelfstandig leven te leiden.

In 2007 is in de regio IJssel-Vecht een start gemaakt met het project Bemoeizorg Jeugd, gericht op kinderen en jongeren in multiprobleemgezinnen. In dat kader heeft de provincie subsidie beschikbaar gesteld om een methodiek gezinscoaching te ontwikkelen. Voor de gemeente Raalte zijn er mogelijkheden om zelf gezinscoaches aan te stellen aansluitend aan de bestaande zorgstructuur van signalering en zorgcoördinatie. Ook staat de mogelijkheid open om dit in subregionaal verband te doen met enkele omliggende gemeenten. Ten tijde van het opstellen van deze nota wordt gewerkt aan een implementatieplan voor de gemeente Raalte.

De gemeente Raalte zal de komende periode samen met de centrumgemeente en de betrokken regiogemeenten (onder andere Olst-Wijhe en Zutphen) keuzes moeten maken of bovengenoemde activiteiten worden voortgezet of dat er wordt aangesloten bij de activiteiten van de centrumgemeente.

10. Financiën

Voor de uitvoering van gezondheidsbeleid ontvangen gemeenten een geormerkt budget voor het basispakket van de Jeugdgezondheidszorg. Overige kosten worden geacht in het gemeentefonds te zijn opgenomen.

Op grond van de begroting van kosten verbonden aan de uitvoering van het regionaal beleid conform de regionale basisnota zou de gemeente Raalte naar rato van het aantal inwoners jaarlijks ongeveer 150.000 euro moeten besteden aan de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. Dit bedrag is berekend door het totale budget van de regionale basisnota te delen door het aantal inwoners van de regio IJssel-Vecht. Hierbij dient echter een aantal kanttekeningen geplaatst te worden:

- een deel van de activiteiten zal worden uitgevoerd in het kader van het reguliere takenpakket van de afdelingen van de gemeente Raalte
- een deel van de activiteiten wordt al gefinancierd uit bestaande regelingen (onder andere: financiering van de GGD Regio IJssel-Vecht)
- het is thans nog onduidelijk welke additionele middelen van het Rijk (bijvoorbeeld inzake de Centra voor Jeugd en Gezin) en van de Provincie verkregen kunnen worden
- bij de uitvoering van activiteiten moet rekening gehouden worden met de beschikbare capaciteit; niet alles kan ineens.

Voor een belangrijk deel zijn de beschreven activiteiten coördinerend/stimulerend van aard. Deze activiteiten moeten plaatsvinden binnen de bestaande capaciteit. Daarnaast zijn er activiteiten waarvoor op dit moment geen dekking is. Activiteiten die zijn gepland voor 2008 en die extra middelen vergen zijn.

Activiteit	Raming
<i>Bevorderen gezonde leefstijl</i>	
GGD onderzoek gericht op het verkrijgen van gegevens voor de beoordeling van de mate van realisatie van de doelstellingen (0 meting)	€ 15.000,-
Activiteiten gericht op preventie van overgewicht	€ 12.500,-
Alcoholmatiging jongeren	In jeugdbeleid
<i>Samenwerking in de zorg</i>	
Het betreft hier voornamelijk werkzaamheden die horen binnen de bestaande capaciteit. Rekening wordt gehouden met een werkbudget.	€ 7.500
<i>Aandacht voor eenzaamheid</i>	
Onderzoek naar aard en omvang van de problematiek van eenzaamheid en isolement en ongezonde leefstijl.	€ 10.000,-
voorlichting over depressie en onder de aandacht brengen bij lokale partijen	€ 5.000
<i>Jeugdpreventie</i>	
Financiële consequenties maken onderdeel uit van nota jeugdbeleid	

In 2008 betreft het voor een goed deel werkzaamheden die betrekking hebben op het verkrijgen van inzicht en creëren van draagvlak. De opbrengsten hiervan worden gebruikt voor het uitvoeren van gerichte activiteiten. Hiervoor zal het college jaarlijks een activiteitenplan opstellen.

Voorgesteld wordt jaarlijks, met ingang van 2008 een bedrag van € 50.000,00 te begroten voor de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. Dit bedrag vormt het plafond voor de activiteitenplannen.