

# **Gezond en wel?**

**Nota lokaal gezondheidsbeleid**

**Schijndel 2003-2007**

#### Colofon

Deze nota gezondheidsbeleid is een uitgave van de gemeente Schijndel,  
Postbus 5,  
5480 AA Schijndel.  
Bezoekadres: Markt 20, Schijndel.

Voor meer informatie:

Afdeling WSO, de heer M. Ligtenberg, beleidsmedewerker volksgezondheid, (073) 544 08 83.

Gemeente Schijndel, 22 juli 2003.

<b>SAMENVATTING</b>		<b>5</b>
<b>Hoofdstuk 1 De gemeente en gezondheid</b>		<b>8</b>
1.1 Inleiding	8	
1.2 Leeswijzer	8	
1.3 Openbare gezondheidszorg: rol gemeente	8	
1.4 Gezondheid	9	
1.4.1 De determinanten van gezondheid	9	
1.4.2 Van determinanten naar beleid	11	
1.5. Kenmerken lokaal gezondheidsbeleid	11	
1.6. Visie en doelstellingen gezondheidsbeleid	11	
1.7. Maatschappelijke- en beleidsontwikkelingen	11	
1.7.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	12	
1.7.2. Beleidsontwikkelingen	14	
<b>Hoofdstuk 2 Gegevens en ervaringen als basis</b>		<b>19</b>
2.1. Inleiding	19	
2.2 Lichamelijke- en geestelijke gezondheid	19	
2.3 Leefstijl en gedrag	21	
2.4 Fysieke en (psycho)sociale omgeving	25	
2.5. Gebruik en toegankelijkheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen	27	
2.6. Sociaal Economische Gezondheidsverschillen	30	
<b>Hoofdstuk 3 Aandachtspunten en prioriteiten</b>		<b>31</b>
3.1 Inleiding	31	
3.2 Aandachtspunten	31	
3.3 Prioriteiten	33	
3.4. Financiën	35	
<b>Hoofdstuk 4 Plan van aanpak</b>		<b>37</b>
Literatuurlijst	39	
Bijlage 1: Plan van aanpak lokaal volksgezondheidsbeleid 2003- 2007	41	
Bijlage 2: Lijst van afkortingen	43	
Bijlage 3: Overzicht van relevante wetgeving op het gebied van de volksgezondheid	44	
Bijlage 4: Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening uit de Nota Gehandicaptenbeleid Gemeente Schijndel (1999)	50	

## VOORWOORD

Voor u ligt de nota gezondheidsbeleid "Gezond en Wel?" voor de jaren 2003 tot en met 2007, waarin de gemeentelijke beleidsuitgangspunten op het terrein van de volksgezondheid in de meest ruime zin van het woord zijn geformuleerd. Gezondheidsbeleid is integraal beleid. Er wordt sectoroverschrijdend te werk gegaan door gezondheidszorg te relateren aan onder meer jeugd, volwassenen, ouderen, gehandicapten, milieu, ruimtelijke ordening, volkshuisvesting, recreatie en onderwijs. Bij de uitvoering van de actiepunten is uiteraard sprake van een nauwe samenwerking met diverse (zorg)aanbieders.

In deze nota wordt met gezondheid de brede definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie aangehouden:

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

Een goede gezondheid is voor veel mensen niet vanzelfsprekend. Door onverwachte factoren kunnen we lichamelijk, geestelijk of sociaal uit balans raken. Vervolgens zijn we van de ene op de andere dag overgeleverd aan allerlei instanties in "Zorgland". Op dat moment is het belangrijk dat er binnen de gemeente sprake is van een in kwalitatief en kwantitatief opzicht goed ontwikkeld zorgaanbod. Om die reden is het erg belangrijk dat eventuele signalen die duiden op lacunes in het zorgnetwerk worden opgepakt en zo mogelijk leiden tot concrete acties.

De gemeente wil met het lokale gezondheidsbeleid een bijdrage leveren aan een betere gezondheid van de inwoners door middel van preventie en het bevorderen van een adequaat zorgaanbod. Er zal hierbij extra aandacht worden besteed aan groepen die vanuit het oogpunt van gezondheidszorg een extra risico lopen.

Aan de opstelling van deze nota Lokaal Gezondheidsbeleid is een voorbereiding voorafgegaan in de vorm van een tiental groepsgesprekken. Deze groepsgesprekken bestonden uit bijeenkomsten met deelnemers uit allerlei geledingen uit de samenleving die tijdens de gesprekken veel waardevolle informatie verstrekt hebben voor de totstandkoming van de nota. Wij danken dan ook de deelnemers aan de groepsgesprekken voor hun inbreng. Bij het opstellen van de nota is van de verkregen informatie dankbaar gebruik gemaakt. De gesprekken zijn niet letterlijk in de nota opgenomen, maar de problematieken die in de gesprekken naar voren zijn gekomen, zijn wel verwerkt. De nota eindigt met actiepunten. Deze dienen nog verder uitgewerkt en geconcretiseerd te worden. Voor de uitvoering daarvan zullen nog instellingen benaderd worden.

De groepsgesprekken werden gehouden onder deskundige leiding van de heer J. Heijnen van de GGD. Wij zeggen hem daarvoor hartelijk dank.

Voor de realisering van de nota zijn wij eveneens dank verschuldigd aan mevrouw E. van den Heuvel van de GGD. Zij heeft daarvoor zeer veel werk verzet.

Burgemeester en wethouders van Schijndel.

## SAMENVATTING

Ondanks de hoge levensverwachting van de bevolking en de kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg blijkt Nederland wat gezondheid betreft binnen Europa af te zakken naar de middenmoot: bij mannen neemt de levensverwachting minder snel toe dan in de meeste EU-landen. Bij vrouwen stagneert de toename in levensverwachting zelfs zodanig dat we onder het EU-gemiddelde zijn uitgekomen. Ongezond gedrag blijkt de belangrijkste oorzaak te zijn van stagnerende levensverwachting. Met name jongeren investeren in ongezondheid. In het voorkómen daarvan kan de gemeente een rol vervullen. Wij hebben daartoe niet alleen mogelijkheden maar ook verplichtingen. Die verplichtingen zijn geregeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) die de wettelijke basis vormt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De WCPV draagt de gemeente onder andere op om iedere vier jaar een nota Lokaal Gezondheidsbeleid vast te stellen.

In de nu voorliggende nota leggen wij ons beleid voor de komende vier jaar vast. Dit doen wij vanuit de visie dat het onze belangrijkste taak is om:

- gelijke kansen op gezondheid voor alle inwoners te bevorderen;
- de gezonde levensverwachting te verlengen;
- de (ervaren) gezondheid te verbeteren;
- de kwaliteit van het leven te verbeteren.

Daarbij stellen wij ons voor de komende vier jaar tot doel om:

- achterstanden in de gezondheidszorg weg te werken;
- te werken aan een gezonde leefomgeving;
- vermijdbare gezondheidsrisico's te bestrijden door het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- de toegang tot (zorg)voorzieningen te verbeteren;
- bij de realisering van deze doelstellingen specifieke aandacht te geven aan de mensen die dit het meest nodig hebben.

Gezondheid zien wij niet slechts als een toestand waarin lichamelijke ziekte ontbreekt. Er is meer voor nodig om gezond te zijn: de sociale, culturele, fysieke en economische context en de persoonlijke beleving zijn minstens even belangrijk.

Dagelijks nemen wij op diverse beleidsterreinen besluiten die de gezondheid van inwoners raken. De ontwikkeling en uitvoering van het gezondheidsbeleid vindt daarmee niet alleen plaats op het terrein van de volksgezondheid, maar ook binnen andere beleidsterreinen zoals milieu, ruimtelijke ordening, verkeer en vervoer, veiligheidsbeleid, welzijnsbeleid, ouderenbeleid, jeugdbeleid, gehandicaptenbeleid, onderwijsbeleid en lokaal sociaal beleid. Het gezondheidsaspect wordt daarin vaak, als een van de onderdelen, reeds als vast beleidsonderdeel meegenomen, doch dat is nog lang geen automatisme. Wij vinden het van belang om met deze nota gezondheidsaspecten duidelijker op de kaart te zetten en een beleidskader te formuleren waaraan beleid getoetst kan worden.

Op basis van onder andere de gezondheidsonderzoeken die in het verleden zijn uitgevoerd in Schijndel en de gesprekken die wij met diverse partijen in Schijndel gevoerd hebben is een aantal knelpunten geconstateerd. Ten aanzien van een deel van deze knelpunten hebben wij al actie ondernomen. Zo heeft uw raad bijvoorbeeld bij de vaststelling van de Nota Ouderenbeleid al besloten geld beschikbaar te stellen voor een project valpreventie en ouderenmishandeling.

Binnen de dan nog overblijvende knelpunten hebben wij prioriteiten gesteld. Daarbij hebben we naar een aantal factoren gekeken: hebben we een instrument om iets te doen, hebben we er geld voor en op welke termijn kunnen we de activiteit starten. Het is namelijk qua tijd en ook financieel gezien niet mogelijk om alle knelpunten gelijktijdig op te lossen. Ook is er niet voor ieder knelpunt direct een instrument voorhanden. Omdat we bijvoorbeeld een gezonde leefstijl onder jongeren van groot belang vinden kiezen wij er voor om samen met partners acties te ontwikkelen, uit te voeren en te evalueren. De samenwerking met betrokken organisaties in Schijndel is voor alle acties een voorwaarde voor succes.

Met betrekking tot de doelgroep gehandicapten willen we in dit kader geen apart beleid gaan voeren. We hebben immers nog de Nota Gehandicaptenbeleid Gemeente Schijndel, waarin op de bladzijden 17, 18 en 19 een visie op gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is opgenomen. Deze is in bijlage 4 van deze nota opgenomen.

Uiteindelijk hebben wij er voor gekozen om ons vizier de komende periode, conform het gestelde in het coalitiebeleidsaccord, waarin met name aandacht voor jeugd en ouderen gevraagd wordt, te gaan richten op:

#### *Leefstijl en gedrag bij jeugd:*

Door te investeren in gezond gedrag bij jongeren denken wij de meeste gezondheidswinst te kunnen behalen. Hiervoor willen wij een integraal project rondom diverse leefstijlfactoren (voeding, bewegen, pesten, alcohol, roken en drugsgebruik) op gaan zetten. Daarbij zullen wij een beroep doen op diverse organisaties in Schijndel om hier ook een bijdrage aan te leveren (onderwijs, horeca, jeugd – en jongerenwerk, sportverenigingen, etc). In dit project zal specifieke aandacht zijn voor de jeugd in een achterstandspositie.

#### *Eenzaamheid bij ouderen:*

Om eenzaamheid bij ouderen tegen te gaan dient, in samenwerking met de daartoe geëigende organisaties zoals SWOS, de KBO's, Stichting Thuiszorg, Stichting Madi, GGD en Tweesprong, gezien te worden op welke wijze bij deze ouderen weer belangstelling en betrokkenheid voor maatschappelijke aangelegenheden kan worden gewekt (sociale activering).

Daarnaast wil ons college nog aandacht vragen voor de volgende twee punten:

*Leefstijl en gedrag bij volwassenen*

Zoals gezegd richten wij ons met name op de jeugd. In de groepsgesprekken zijn echter een tweetal problemen aangekaart die nader onderzoek vergen. Allereerst is dat het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, daarnaast is dat het alcohol- en druggebruik in jonge gezinnen. Voor beide problemen zijn geen cijfers beschikbaar die de signalen onderbouwen. In overleg met de huisartsen, Novadic en de GGD zullen wij bezien in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van problematiek waar acties noodzakelijk zijn en wat die acties dan zouden moeten inhouden.

*Centrale Huisartsenpost:*

Aandachtspunt wat de huisartsen betreft is de organisatie van de Centrale Huisartsenpost. Eind 2003 heeft de Centrale Huisartsenpost een evaluatie van haar functioneren gepland.

In het plan van aanpak (pagina 41-42) zijn naast deze nieuwe acties ook de maatregelen opgenomen die wij ten aanzien van de geconstateerde knelpunten inmiddels al ondernomen hebben. Op die manier is er een totaalbeeld geschetst.

Als meetinstrument voor verbetering van geconstateerde gezondheidsknelpunten zullen de toekomstige gezondheidsmonitoren van de GGD worden gehanteerd. Wij wijzen er in deze wel op dat deze gezondheidsmonitoren pas op de lange termijn vergelijkingsmateriaal zullen opleveren omdat actualisering daarvan, gezien de veelheid van gegevens, slechts periodiek kan plaatsvinden.

## **Hoofdstuk 1 De gemeente en gezondheid**

### *1.1 Inleiding*

In de éérentwintigste eeuw zal volksgezondheid een belangrijk aandachtsgebied voor de gemeente zijn. Ondanks de hoge levensverwachting van de bevolking en de kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg blijkt Nederland wat gezondheid betreft binnen Europa af te zakken naar de middenmoot: bij mannen neemt de levensverwachting minder snel toe dan in de meeste EU-landen. Bij vrouwen stagneert de toename in levensverwachting zelfs zodanig dat we onder het EU-gemiddelde zijn uitgekomen. Ongezond gedrag blijkt de belangrijkste oorzaak te zijn van stagnerende levensverwachting. Met name jongeren investeren in ongezondheid. Reden genoeg om als gemeente aan de slag te gaan met lokaal gezondheidsbeleid.

### *1.2 Leeswijzer*

De nota die voor u ligt kent de volgende opbouw. In dit eerste hoofdstuk worden de achtergronden van het gemeentelijk gezondheidsbeleid geschetst. Daarnaast wordt aandacht besteed aan diverse maatschappelijke en beleidsontwikkelingen die van invloed zijn op het lokaal gezondheidsbeleid. In hoofdstuk twee wordt de gezondheid van de Schijndelse bevolking en het gemeentelijke beleid onder de loep genomen. Dit wordt gedaan aan de hand van de determinanten (bepalende factoren) van gezondheid. Hoofdstuk drie beschrijft de aandachtspunten en prioriteiten die hieruit voortvloeien. En tenslotte mondt dit uit in een plan van aanpak dat in hoofdstuk vier wordt beschreven.

### *1.3 Openbare gezondheidszorg: rol gemeente*

De gemeente heeft van oudsher een belangrijke rol in het bevorderen van de volksgezondheid. In de negentiende eeuw lag de nadruk daarbij vooral op het verbeteren van de hygiëne en het voorkomen van infectieziekten. In de twintigste eeuw is veel geïnvesteerd in ziektepreventie en gezondheidsvoorlichting.

De gemeente kan allerlei gezondheidsbeschermende, gezondheidsbevorderende en preventieve maatregelen (doen) nemen die een substantiële bijdrage leveren aan de volksgezondheid. Zij heeft middelen om gezondheid te behouden of te verbeteren en zij vervult een belangrijke regierol in het veld van de (openbare) gezondheidszorg. De gemeente heeft niet alleen mogelijkheden maar ook verplichtingen wanneer het gaat om de volksgezondheid. De verplichtingen zijn geregeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) die de wettelijke basis vormt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De WCPV draagt de gemeente onder andere op om de collectieve preventie te bevorderen en infectieziektenbestrijding, technische hygiënezorg en jeugdgezondheidszorg te laten uitvoeren. Verder verplicht deze wet de gemeente om een Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden en deze te raadplegen alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie. De gemeenteraad heeft vanaf juli 2003 de plicht iedere vier jaar een nota Lokaal



gezondheidsbeleid vast te stellen. Naast de WCPV bestaat er nog een aantal andere wetten, die voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid van belang zijn. Dit zijn bijvoorbeeld de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), de Welzijnswet, de wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), de Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Een korte beschrijving van alle relevante wetgeving is te vinden in bijlage drie.

#### 1.4 Gezondheid

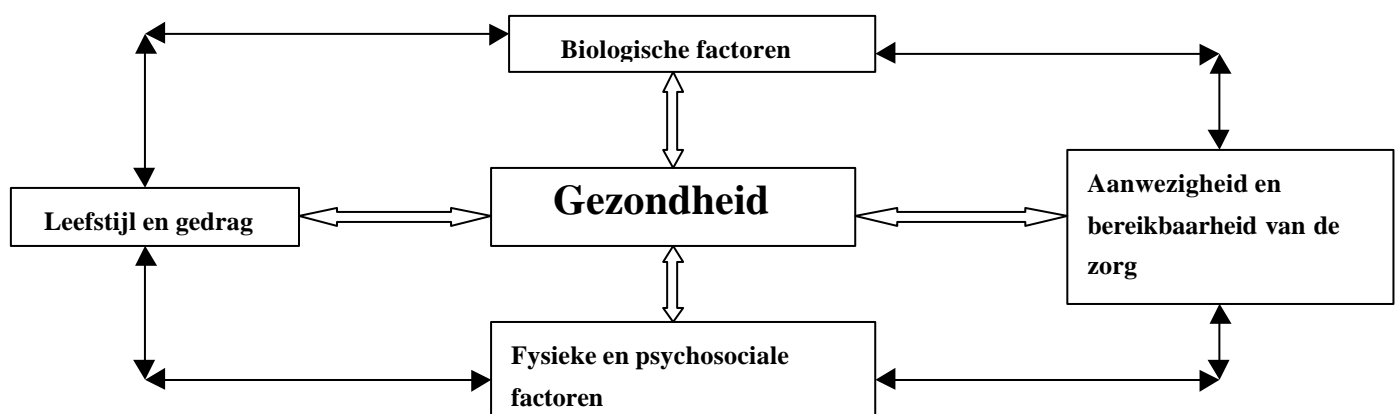
In deze nota hanteren wij, in navolging van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO), de volgende brede definitie van gezondheid:

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

Gezondheid wordt in deze definitie positief benaderd en is niet slechts een toestand waarin lichamelijke ziekte ontbreekt. Er is meer voor nodig om gezond te zijn: de sociale, culturele, fysieke en economische context en de persoonlijke beleving zijn minstens even belangrijk.

##### 1.4.1 De determinanten van gezondheid

Om als gemeente bewust invloed aan te wenden is het van belang te weten welke factoren op welke wijze de gezondheidstoestand van de inwoners beïnvloeden. Deze factoren worden de determinanten van gezondheid genoemd (Lalonde, 1974) en zijn te onderscheiden in:



- < Biologische factoren; erfelijke aanleg, lichaamsbouw, sekse en het hebben van (chronische) ziekten.
- < Zorgsysteem; de aanwezigheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van allerlei zorgvoorzieningen;

- < Fysieke- en (psycho)sociale omgeving;  
milieuverontreiniging, geluidsoverlast, de thuissituatie en de sociaal-economische status (o.a. inkomen en opleiding);
- < Leefstijl en gedrag;  
gebruik van genotmiddelen, voedingspatroon en (on)voldoende beweging.

In meer of mindere mate, direct of indirect kan de gemeente invloed uitoefenen op deze determinanten. Maatregelen die de gemeente kan nemen om de fysieke omgeving te verbeteren zijn bijvoorbeeld het vaststellen van regelgeving en voorwaardenscheppende maatregelen om de kwaliteit en hygiëne van het binnenmilieu van bedrijven, instellingen en scholen te verbeteren. De (psycho)sociale omgeving kan beïnvloed worden door bijvoorbeeld subsidie te verstrekken aan projecten in de welzijns sfeer, aan bezoekprojecten om eenzaamheid tegen te gaan en inkomensmaatregelen (zoals kwijtschelding van gemeentelijke belastingen).

De belangrijkste middelen die de gemeente ter beschikking heeft om invloed uit te oefenen op de leefstijl van haar inwoners zijn gezondheidsvoorlichting en het treffen van stimuleringsmaatregelen. Gezondheidsvoorlichting kan zich richten op de gehele bevolking maar ook op specifieke doelgroepen. Een voorbeeld hiervan is voorlichting aan jongeren over genotmiddelen. Bij stimuleringsmaatregelen kan men denken aan breedtesportstimulering. De inspanningen op het terrein van preventie hebben gevolgen voor het gebruik van de zorgvoorzieningen die hierna aan bod komen. Wij zullen dan ook steeds een beroep doen op de zorgverzekeraars om zich te committeren aan preventieve (voorlichtings)projecten.

Het zorgsysteem is voor de gemeente maar beperkt te beïnvloeden. De belangrijkste regisseurs wanneer het gaat om de kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen zijn het Zorgkantoor en de zorgverzekeraars. De gemeente heeft wel invloed op (de toegang tot) het zorgsysteem in haar rol als subsidieverlener aan de GGD, het Algemeen Maatschappelijk Werk, de thuiszorg, het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) en de welzijnsorganisaties. Zij maakt zelf deel uit van het zorgsysteem in haar rol als aanbieder van voorzieningen in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). Daarnaast is het van belang dat de gemeente de regierol in de openbare gezondheidszorg (OGZ) op zich neemt. Zij kan de afstemming en de coördinatie tussen de partijen in het veld regisseren. De gemeente heeft beleid ontwikkeld om de (fysieke) bereikbaarheid van voorzieningen te beïnvloeden. Er worden maatregelen getroffen om een aantal openbare gebouwen aan te passen aan de Bereikbaarheid, Toegankelijkheid en Bruikbaarheid in het kader van het Handboek voor Toegankelijkheid. Deze gebouwen zijn het gemeentehuis, sportcomplex De Dioscuren, Zwem- en recreatiecentrum De Molenhey, Jongerencentrum Bizzi, SCC De Kajuit, SCC De Vink en Dorpshuis De Geut.

De erfelijke en biologische factoren zijn door gemeentelijk beleid niet te beïnvloeden. Wel kan de gemeente in haar beleid rekening houden met de gevolgen ervan. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan beleid ten aanzien van chronisch zieken en gehandicapten.

#### ***1.4.2 Van determinanten naar beleid***

Met de brede definitie van gezondheid en de determinanten van beleid als uitgangspunt kan men niet anders dan vaststellen dat op veel gemeentelijke beleidsterreinen dagelijks besluiten genomen worden die de gezondheid van inwoners raken. De ontwikkeling en uitvoering van het gezondheidsbeleid vindt daarmee niet alleen plaats op het terrein van de volksgezondheid maar ook binnen andere beleidsterreinen zoals milieu, ruimtelijke ordening, verkeer en vervoer, veiligheidsbeleid, welzijnsbeleid, ouderenbeleid, gehandicaptenbeleid, jeugdbeleid, onderwijsbeleid en lokaal sociaal beleid. Vaak wordt het gezondheidsaspect impliciet meegenomen, vaak ook niet. Wij vinden het van belang om met deze nota gezondheidsaspecten duidelijker op de kaart te zetten. Een beleidskader te schetsen waaraan beleid getoetst kan worden.

#### ***1.5. Kenmerken lokaal gezondheidsbeleid***

Onder lokaal gezondheidsbeleid wordt verstaan beleid dat gericht is op behoud of verbetering van de volksgezondheid en op het wegwerken van gezondheidsverschillen tussen groepen van de bevolking. Dit beleid dient in projectplannen uitgewerkt te worden.

#### ***1.6. Visie en doelstellingen gezondheidsbeleid***

##### **a. Visie**

Wij beschouwen het als onze belangrijkste taak om:

- gelijke kansen op gezondheid voor alle inwoners te bevorderen;
- de gezonde levensverwachting te verlengen;
- de (ervaren) gezondheid te verbeteren;
- de kwaliteit van het leven te verbeteren.

##### **b. Doelstellingen**

Naar aanleiding van deze visie stellen wij ons voor de komende vier jaar tot doel om:

- achterstanden in de gezondheidszorg weg te werken;
- te werken aan een gezonde leefomgeving;
- vermijdbare gezondheidsrisico's te bestrijden door het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- de toegang tot (zorg)voorzieningen te verbeteren;
- bij de realisering van deze doelstellingen specifieke aandacht te geven aan de mensen die dit het meest nodig hebben.

#### ***1.7. Maatschappelijke- en beleidsontwikkelingen***

In deze paragraaf worden de maatschappelijke- en beleidsontwikkelingen die van belang zijn voor het lokaal gezondheidsbeleid in vogelvlucht geschetst.

### **1.7.1 Maatschappelijke ontwikkelingen**

Autonome maatschappelijke ontwikkelingen kunnen we onderverdelen in vier ontwikkelingen, te weten demografische, sociaal-culturele, economische en fysieke ontwikkelingen.

#### **Demografische ontwikkelingen**

De belangrijkste demografische ontwikkeling die zich gedurende de tweede helft van de twintigste eeuw in Nederland heeft voltrokken, is een toename van de bevolking van 10 miljoen in 1950 naar 16 miljoen in 2001. Daarbij tekent zich een 'dubbele vergrijzing' af. Dat wil zeggen dat er meer ouderen komen en dat deze ouderen ook een hogere leeftijd bereiken.

De bevolkingsopbouw per 1 januari 2003 in de gemeente Schijndel ziet er als volgt uit met daarbij de prognose voor de komende 20 jaar:

Leeftijd	Aantal 2003	% 2003	Aantal 2010	% 2010	Aantal 2020	% 2020
0-24 jaar	7.067	30,2%	7.117	29,7%	6.498	27,1%
25-49 jaar	8.844	37,8%	8.274	34,4%	7.053	29,4%
50+	7.490	32,0%	8.618	35,9%	10.446	43,5%
Totaal	23.401	100%	24.009	100%	23.997	100%

Bron: Gemeentelijke Basis Administratie/Provincie Noord-Brabant

In 2003 bevinden de meeste inwoners zich in de leeftijdsklasse 25 tot 49 jaar. Het aantal personen van 50 jaar en ouder bedroeg per 1 januari 2003 7.490. Het percentage 50-plussers is daarmee 32,0% van de bevolking. De gemeente Schijndel kent op dit moment nog een redelijk evenwichtige bevolkingsopbouw. De prognoses laten zien dat er de komende jaren sprake zal zijn van ontgroening en vergrijzing van de bevolking.

#### **Sociaal-culturele ontwikkelingen**

Een belangrijke sociaal-culturele ontwikkeling is de toename van het aantal alleenstaanden, echtscheidingen, eenoudergezinnen en tweeverdieners. Als laatste sociaal-culturele ontwikkeling is te noemen een (beperkte) toename van het aantal verslaafden, ex-psiatrie cliënten en dak- en thuislozen. In het kader van deze ontwikkeling is de netwerkvorming binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) van belang.

In de gemeente Schijndel is het aandeel van de groep allochtonen per 1 januari 2003 relatief laag, het gaat om 4,7% van de bevolking. Dit is inclusief de 394 inwoners van het Asielzoekers Centrum. Hiervoor wordt door de gemeente geen afzonderlijk gezondheidsbeleid ontwikkeld. Het Centraal Orgaan Asielzoekers is hiervoor verantwoordelijk.

#### **Economische ontwikkelingen**

Het besteedbare inkomen van de inwoners van Schijndel is gemiddeld iets lager dan het landelijk gemiddeld besteedbare inkomen. Landelijk was dat in 2000 € 11.000,-, in Schijndel was dat € 10.600,-. Van de personen met een inkomen is in 2000 9,5% zelfstandige, 60,9%

werknemer, 20,7% pensioenontvanger en 9,0% overig niet-actief. Vergeleken met de landelijke cijfers is de verhouding werkenden ten opzichte van niet werkenden in Schijndel gunstiger. De voornaamste economische activiteit in Schijndel is de commerciële dienstverlening: 615 van de 1.285 gevestigde bedrijven en 3.760 van de 7.940 werknemers zijn hier werkzaam. (Bron: 'Gemeente op maat 2002 Schijndel', CBS, Voorburg 2003).

### **Fysieke ontwikkelingen**

Het woonklimaat in de gemeente wordt positief gewaardeerd. Uit de volwassenenenquête 2001 van de GGD Hart voor Brabant blijkt dat de volwassenen de woning waarderen met het cijfer 8,1 en de buurt met het cijfer 7,9.

Er is in de toekomst wel aanpassing en uitbreiding nodig van de bestaande woningvoorraad met woningen voor ouderen, jongeren en voor mensen met een (lichamelijke) functiebeperking. In het Woningbouwprogramma 2002-2006 is besloten om de volgende accenten aan te brengen, ook in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg:

- de helft van de te bouwen woningen wordt in het sociale segment gebouwd;
- een deel van de sociale koopwoningen wordt in maatschappelijk gebonden eigendom gebouwd om daarmee deze woningen voor het sociale segment te behouden en starters kansen te blijven geven op de woningmarkt;
- voor de doelgroepen jongeren en ouderen wordt elk 1/3 deel van de woningen gebouwd;
- om voortgang te maken met het project Lidwina wordt onderzocht of dit een woonzorgcomplex kan worden. Het zou dan samen met het steunpunt een wijkfunctie kunnen vervullen.

### **Zorgcontinuüm**

In de ontwikkeling van een vraaggestuurde zorg- en dienstverlening speelt het "zorgcontinuüm" een cruciale rol.

Een zorgcontinuüm is een zorgmodel dat waarborgt dat het zorgaanbod continu kan aansluiten bij de zorgbehoefte van elke individuele aanvrager, vanaf thuiszorg tot en met verpleeghuiszorg. Een zorgcontinuüm streeft ernaar om op elk moment voor iedere cliënt zorg op maat te bieden. Met andere woorden: in het zorgcontinuüm maakt instellingsgerichte zorg plaats voor een functiegerichte benadering, waarbij de betrokken instellingen in gezamenlijke verantwoordelijkheid de zorg leveren die nodig is. Belangrijk daarbij is dat wonen, welzijn en zorg zo naadloos mogelijk op elkaar aansluiten.

De Stichting Verenigde Zorgcentra Schijndel zal in de ontwikkeling van het zorgcontinuüm een voortrekkersrol op zich nemen, gelet op de (grootste) positie van aanbieder van intramurale zorg in Schijndel. Andere partijen in het zorgcontinuüm zijn de Stichting Thuiszorg regio 's-Hertogenbosch, Steunpunt Mantelzorg, Stichting Welzijn Ouderen Schijndel, Stichting Maatschappelijk Dienstverlening regio 's-Hertogenbosch, Woningbouwvereniging Huis en Erf en de gemeente. Echter om deze vorm van zorg te kunnen realiseren is de functionele indicatiestelling een vereiste. Het RIO is hiermee op 1 april 2003 van start gegaan.

De eerste aanzet voor het zorgcontinuüm, dat daadwerkelijk per 1 november 2003 van start gaat, is door de Stichting Verenigde Zorgcentra Schijndel reeds gemaakt met de Stichting Thuiszorg regio 's-Hertogenbosch.

### ***1.7.2. Beleidsontwikkelingen***

#### **Extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg**

De afgelopen jaren is er landelijk gezien op het terrein van de volksgezondheid veel veranderd. De nadruk wordt steeds meer gelegd op het bevorderen van de maatschappelijke participatie van burgers, het versterken van de positie van het lokale bestuur en de vermaatschappelijking van de zorg. Met deze laatste ontwikkeling wordt bedoeld dat de zorg niet meer zozeer binnen de muren van de instelling wordt verleend, maar steeds meer in de eigen woonomgeving van de betrokkene (extramuralisering). Deze ontwikkeling komt tegemoet aan de wens van veel bewoners van instellingen om weer in een normale woonomgeving te wonen en aan de wens van (toekomstige) zorgvragers om in hun huidige woning/woonomgeving te kunnen blijven wonen.

Als gevolg van deze ontwikkeling zullen zich onder de bewoners van de verschillende wijken steeds meer mensen gaan bevinden die voorheen een beroep deden op de instelling waar zij woonden voor zorg, recreatie, educatie etc. Deze zullen een beroep gaan doen op de algemene voorzieningen van de gemeente zoals vervoer en welzijn. Deze voorzieningen zullen dus ook steeds voor ouderen en gehandicapten toegankelijk moeten zijn. Voor bijvoorbeeld de huisartsen en andere zorgverleners, maar ook voor de mantelzorgers, betekent de vermaatschappelijking ook een verzwaring van het patiëntenbestand, zowel kwalitatief als kwantitatief.

Dit heeft vaak direct gevolgen voor het gemeentelijk beleid. De gemeente krijgt door de rijksoverheid steeds meer de functie van 'spin in het web' voor de openbare gezondheidszorg toebedeeld, maar krijgt voor de uitvoering van deze functie niet de benodigde financiële middelen. Mede hierdoor wordt de gemeente min of meer gedwongen keuzes te maken en prioriteiten te stellen. In het navolgende worden enkele belangrijke lokale, regionale en landelijke ontwikkelingen geschetst.

#### **Wet Maatschappelijke Zorg**

Op Prinsjesdag 2003 is bekend geworden dat het product "Huishoudelijke Verzorging" in 2006 uit de AWBZ wordt gehaald en zal worden ondergebracht in de Wet Maatschappelijke Zorg (MZ), die onder verantwoordelijkheid van de gemeenten komt te vallen.

Op deze ontwikkeling zal door de gemeenten nog beleid ontwikkeld moeten worden.

#### **Versterking lokaal gezondheidsbeleid en Openbare Gezondheidszorg**

In 1997 is het ministerie van VWS gestart met de uitvoering van het actieprogramma 'Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid'. De belangrijkste doelstelling daarvan was dat gezondheidsbeleid weer op de agenda van gemeenten zou komen. In februari 2001 is het 'Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg' door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), GGD Nederland en de ministeries van VWS en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties ondertekend. Het heeft als doel gezondheidswinst voor zoveel mogelijk mensen: gelijke kansen op gezondheid, verhoging van het aantal gezonde levensjaren en vermindering van de vermijdbare sterfte. Daarnaast wordt groot belang gehecht aan een

goede samenwerking tussen care (preventieve zorg), cure (op genezing gerichte zorg) en openbare gezondheidszorg.

### **Regiovisies**

De regiovisie is het instrument waarin de provincie gezamenlijk met gemeenten, patiënten- en consumentenorganisaties, aanbieders van zorg, zorgverzekeraars en het zorgkantoor richting geven aan het zorgbeleid. Ook de afstemming met andere terreinen, zoals wonen, welzijn, onderwijs en arbeid krijgt daarbij aandacht.

Binnen de provincie Noord-Brabant zijn de volgende regiovisies opgesteld:

- a. Regiovisie Jeugdzorg
- b. Regiovisie Geestelijke gezondheidszorg
- c. Regiovisie Verzorging en verpleging

In de regiovisies worden knelpunten in de zorg en in de samenwerking aangegeven. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan en een actieprogramma opgesteld. De geconstateerde knelpunten kunnen ook voor gemeenten van belang zijn. Voor zover deze knelpunten relevant zijn voor de ontwikkeling van ons gezondheidsbeleid zijn ze meegenomen in deze nota.

### **Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)**

Naar aanleiding van een aantal recente rampen en calamiteiten wordt zeer kritisch gekeken naar het rampenplan van de gemeente en naar de hulpverlening van politie, brandweer en gezondheidsdiensten. De financiering van de GHOR geschiedt middels rijks- en gemeentelijke bijdragen. Vanaf 1 januari 2003 functioneert er een gemeenschappelijke regeling regionale hulpverleningsdienst Brabant-Noord. Deze regeling maakt het mogelijk intensiever samen te werken tussen de verschillende hulpdiensten. Deze nieuwe regeling vervangt de huidige gemeenschappelijke regelingen regionale brandweer Noordoost- Noord-Brabant en de geneeskundige hulpverleningsdienst Brabant-Noord.

### **Nazorg bij rampen**

In december 2000 is een convenant ondertekend door de GGD, Algemeen Maatschappelijk Werk, Geestelijke Gezondheidszorg en Stichting Slachtofferhulp om regionaal 24 uur per dag stand-by te zijn voor psychosociale nazorg bij rampen (binnen de landelijke hulpverlening beter bekend als proces 24). Daarnaast is een convenant in ontwikkeling inzake psychosociale hulpverlening met betrekking tot ingrijpende gebeurtenissen die leiden tot maatschappelijke onrust.

### **Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)**

OGGZ wordt omschreven als: *alle activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid die niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag worden uitgevoerd*. Belangrijk in deze definitie is het ontbreken van een hulpvraag en soms ook van medewerking van personen waarop de activiteiten zijn gericht. De betrokkenheid die de gemeente heeft met de OGGZ, is vastgelegd in de WCPV. In de eerste plaats zijn wij

verantwoordelijk voor de gezondheid en het welzijn van onze inwoners. In de tweede plaats zijn natuurlijk ook openbare orde en veiligheid gediend met een goed netwerk binnen de OGGZ.

In 1999 is er een landelijk convenant gesloten 'tot uitvoering van beleid inzake openbare geestelijke gezondheidszorg'. Het belangrijkste doel van dit convenant is om gemeenten, zorgverzekeraars en instellingen te stimuleren op lokaal niveau te gaan samenwerken en OGGZ-beleid te ontwikkelen. Samenwerking en netwerkontwikkeling worden aangemerkt als kernelementen van het OGGZ-beleid. De gemeente heeft de regierol in de totstandkoming van die samenwerkingsverbanden.

Door de gemeenten in de regio 's-Hertogenbosch zijn al belangrijke stappen gezet met de vorming van een platform OGGZ. De doelstelling van dit platform is om met de betrokken organisaties een gezamenlijke visie, strategie en organisatie op het gebied van de OGGZ te ontwikkelen. Belangrijke partners in dit platform zijn de gemeenten, GGD, GGZ, AMW, Novadic, Zorgkantoor, maatschappelijke opvang en het patiënten- en consumenten platform. Om een overzicht te creëren in het brede veld van de OGGZ wordt er door het platform een gefaseerde aanpak voorgesteld.

In het kader van de OGGZ heeft de gemeenteraad bij de vaststelling van de ouderennota besloten €5.000,- beschikbaar te stellen voor het project "ouderenmishandeling", een project ter voorkoming van ouderenmishandeling. Verder bezien wij in het kader van deze nota welke mogelijkheden en wensen er zijn voor preventieve activiteiten op dit terrein.

### **Jeugdgezondheidszorg (JGZ)**

Het jeugdbeleid is de laatste jaren sterk in ontwikkeling. Dat is ook terug te vinden in de jeugdgezondheidszorg. Het beleid van het ministerie van VWS is gericht op het integreren van de gezondheidszorg van 0 tot 4 jarigen (het consultatiebureau, uitgevoerd door de Thuiszorg) en de jeugdgezondheidszorg van 4 tot 19 jarigen (uitgevoerd door de GGD). De verantwoordelijkheid van de JGZ van 0 tot 19 jaar ligt sinds 1 januari 2003 in zijn geheel bij de gemeente.

De gemeenten krijgen de beschikking over het volledige budget voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Voor het uniforme deel van het Basispakket JGZ krijgen de gemeenten vanaf 2003 een specifieke uitkering, de Rsu (regeling specifieke uitkering). Dit is een aanvulling op de middelen die al beschikbaar zijn in het gemeentefonds voor de JGZ voor 4-19 jarigen. De Rsu is in eerste instantie bedoeld voor de JGZ voor 0-4 jarigen.

Behalve de Rsu worden sinds 1 januari 2003 extra middelen toegevoegd aan het gemeentefonds, die met name bedoeld zijn voor het maatwerkdeel van het Basispakket JGZ voor 0-4 jarigen.

### **Technische Hygiëne Zorg**

Om het risico te beperken op het ontstaan en de overdracht van infectieziekten is ten aanzien van de kinderdagverblijven in de 'Verordening kinderdagverblijven Schijndel 1996'



en het Uitvoeringsbesluit 'Nadere regels kindercentra 1996' vastgelegd dat zij zich jaarlijks door een bevoegde instantie moeten laten controleren op de naleving van de hygiëne en veiligheid. De voorwaarden en regels worden ook toegepast op de peuterspeelzalen. Daarnaast worden door de gemeente in het kader van de Waterleidingwet in openbare gebouwen regelmatig maatregelen getroffen ter voorkoming van legionella.

### **Medische milieukunde**

In een Algemene Maatregel van Bestuur bij de WCPV die momenteel in voorbereiding is, wordt expliciete aandacht gevraagd voor de fysieke omgeving in het lokaal gezondheidsbeleid. Medische milieukunde (MMK) houdt zich bezig met de invloed van milieuverontreiniging op de gezondheid.

### **Landelijke toekomstverkenningen gezondheid**

Om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid, worden er periodiek toekomstverkenningen gepubliceerd. Deze geven een overzicht van de huidige stand van zaken. Uit de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002 blijkt dat de Nederlandse bevolking steeds langer leeft, en steeds langer in goede gezondheid. Binnen de Europese Unie raakt Nederland echter achterop. Er zijn geen aanwijzingen dat de gezondheidsverschillen tussen arm en rijk, tussen buurt en buurt de afgelopen vijf jaar zijn afgenomen.

De geconstateerde stagnerende gezondheid wordt vooral verklaard door ongezond gedrag. Vrouwen nemen het ongezondere gedrag van mannen over en vooral onder jongeren zijn de trends in ongezond gedrag ongunstig. Ouderen zijn zich daarentegen gezonder gaan gedragen. Er zijn geen aanwijzingen dat de stagnatie van de levensverwachting samenhangt met de knelpunten in de zorg.

Door de groei en het ouder worden van de bevolking zal in de toekomst het aantal ziektegevallen aanzienlijk toenemen, vooral van chronische aandoeningen. Daarom is verandering in het zorgaanbod nodig. Het gaat dan niet alleen over meer zorg, maar ook over kwalitatief goede zorg: zorg die effectief is, veilig en toegankelijk voor iedereen.

Er is aanzienlijke gezondheidswinst te boeken met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag. Voorkómen is niet alleen beter, ook vaak goedkoper. Investeren in preventie loont, vooral op de langere termijn.

Voor de gemeente betekenen deze bevindingen dat er behoefte is aan een lokaal preventiebeleid. Via dit beleid kan de gemeente gezond gedrag stimuleren. Dit kan door er bijvoorbeeld voor te zorgen dat burgers gezonde keuzes kunnen maken. Daarvoor is allereerst kennis over gezond gedrag nodig. Voorlichtingsactiviteiten liggen dan voor de hand.

Op lokaal niveau vraagt dit niet alleen om actie vanuit de gemeente. Samenwerking tussen lokale partijen is een voorwaarde voor succes. Met name het PGOS en consumenten- en patiëntenorganisaties kunnen een belangrijke bijdrage leveren in de communicatie naar de burger. Verder zal in gezamenlijk overleg gezien moeten worden hoe effectief gebleken preventieve activiteiten binnen de zorg opgenomen kunnen worden in bijvoorbeeld het basistakenpakket van de zorgverleners.

**Landelijke nota gezondheidsbeleid**

Eén van de rijkstaken die voortvloeit uit de vernieuwde WCPV is het regelmatig laten verschijnen van een landelijke nota gezondheidsbeleid. De doelstellingen van de nota zijn het stellen van prioriteiten op het gebied van collectieve preventie, het geven van een stand van zaken over de afgelopen jaren en nader invullen van de verantwoordelijkheden van alle betrokkenen. De landelijke nota is op dit moment nog niet aanwezig. De verwachting is dat deze nota eind 2003 verschijnt.

## Hoofdstuk 2 Gegevens en ervaringen als basis

### 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de gezondheid van de bevolking van Schijndel en de knelpunten hierin onder de loep genomen. Dit wordt gedaan aan de hand van de determinanten van gezondheid.

De bronnen waarvan gebruik is gemaakt om de gezondheid van de bevolking en het (gezondheids)beleid van de gemeente en anderen te omschrijven zijn:

- beleidsstukken van (zorg)organisaties op verschillende beleidsterreinen;
- beleidsnota's van de gemeente Schijndel betreffende o.a. gehandicapten, ouderen, jeugd en vrijwilligers;
- gezondheidsonderzoeken:
  - jongerenonderzoek 2000 van de GGD Hart voor Brabant;
  - ouderenonderzoek 2000 van de GGD Hart voor Brabant;
  - gezondheidsenquête onder volwassenen 2002 van de GGD Hart voor Brabant en
  - het gezondheidsprofiel dat de GGD Hart voor Brabant op basis van o.a. deze drie onderzoeken van Schijndel in 2003 heeft gemaakt;
- informatie die uit de groepsinterviews naar voren is gekomen. De groepsinterviews zijn gehouden met sleutelfiguren uit de gemeente Schijndel (en omgeving) op het gebied van gezondheidszorg, wonen, welzijns-, jeugd- en ouderenorganisaties, basis- en voortgezet onderwijs, levensbeschouwelijke organisaties en vrijwilligers.

### 2.2 Lichamelijke- en geestelijke gezondheid

#### Ziekte en sterfte

Belangrijke indicatoren voor de gezondheidstoestand zijn sterftecijfers naar doodsoorzaak en de ziekenhuisontslag-diagnose cijfers. In Schijndel zijn hart- en vaatziekten bij mannen de belangrijkste doodsoorzaak, bij vrouwen zijn dat ongevalletsel en vergiftigingen. Zowel voor mannen (16%) als voor vrouwen (18%) is er in Schijndel sprake van een verhoogd aantal ziekenhuisopnamen. (*Wanneer sprake is van verhoogde aantallen wordt hier bedoeld verhoogd ten opzichte van landelijke cijfers*) Bovendien is er voor beide geslachten sprake van een verhoogd aantal ziekenhuisopnamen voor 'ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel' en 'ziekte aan urinewegen en geslachtsorganen' en een verlaagd aantal ziekenhuisopnamen voor 'psychische stoornissen'. Voor mannen wordt er een verhoogd aantal opnamen gevonden voor 'ziekten van het hartvaatstelsel'. Daarnaast wordt er voor vrouwen nog een verhoogd aantal opnamen gevonden voor 'nieuwvormingen (kanker)' en 'ziekten van zenuwstelsel en zintuigen'. De opkomstpercentages van vrouwen voor de bevolkingsonderzoeken borstkanker (85,7% 2000) en baarmoederhalskanker (70%) zijn in Schijndel hoger dan in de regio.

In het algemeen geldt dat de risicofactoren voor hart- en vaatziekten zoals overgewicht, te hoge bloeddruk, roken, te hoog cholesterolgehalte en minder bewegen in de regio 's-Hertogenbosch relatief vaak voorkomen.

## **Overgewicht**

In Schijndel is bij 45% van de volwassenen sprake van (ernstig) overgewicht. Schijndel wijkt hierin negatief af van de regio 's-Hertogenbosch (41%). Mannen hebben in het algemeen meer last van matig tot ernstig overgewicht dan vrouwen. Het percentage met overgewicht stijgt met de leeftijd. In de leeftijdsgroep 30 tot 50 jaar zijn er zelfs twee maal zoveel mannen (44%) als vrouwen (21.9%) met overgewicht in de regio 's-Hertogenbosch. Mannen (57.3%) en vrouwen (45.6%) in de leeftijdsgroep 50 tot 70 jaar hebben het meest last van matig tot ernstig overgewicht.

## **Geestelijke gezondheid**

In het algemeen is er een toename te zien in het aantal mensen dat aangeeft met psychosociale problemen te kampen te hebben. De meest voorkomende klacht is het gevoel voortdurend onder druk te staan. Schijndel wijkt hierin niet af van de regio. Van de volwassen bevolking ondervindt 31% problemen in het psychisch functioneren, bij 14% is sprake van een slechte geestelijke gezondheid.

Het percentage 12-17 jarigen en 18-24 jarigen in Schijndel met een indicatie voor een slechte psychosociale gezondheid is 19% respectievelijk 29%. (Voor de regio 's-Hertogenbosch zijn deze percentages respectievelijk 22 en 35) Bij jongeren met een slechte psychosociale gezondheid komt het vaker voor dat ze roken, drugs gebruiken en spijbelen.

Het percentage ouderen in Schijndel dat met 3 of meer psychische problemen (gespannenheid, depressiviteit, angst en overgevoeligheid) kampt is vergelijkbaar met de regio 's-Hertogenbosch (resp. 20.1% en 22.9%). Het percentage ouderen met 2 of meer psychosociale problemen (veranderingen in de maatschappij, ouder worden, huisvesting, tijdsbestedingsproblemen e.d.) is in Schijndel lager dan in de regio 's-Hertogenbosch (resp. 45.5% en 53.6%). In het algemeen blijken geestelijke gezondheidsproblemen vaker op te treden bij vrouwen dan bij mannen. In vergelijking met onderzoek in 1991 onder ouderen is er in 2000 een redelijke tot sterke toename te zien in het aantal ouderen dat aangeeft met psychosociale problemen te kampen.

## **Gezondheidsbeleving**

Vrouwen ervaren in het algemeen hun gezondheid slechter dan mannen. Als we de gezondheidsbeleving van verschillende doelgroepen onder de loep nemen zien we het volgende beeld. Van de jongeren in Schijndel in de leeftijd van 12-24 jaar ervaart 0.5 % van de jongens en 1% van de meisjes hun gezondheid als niet goed of matig.

Van de ouderen van 65 jaar en ouder ervaart 36,9% van de mannen en 41,9% van de vrouwen hun gezondheid als matig tot slecht. Het percentage ouderen dat aangeeft een chronische ziekte of handicap te hebben is iets lager dan in de regio (resp. 43.2% en 46%). Het aantal ouderen dat hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) nodig heeft, is vergelijkbaar met de regio 's-Hertogenbosch (4.7%). Daarnaast is het percentage ouderen dat huishoudelijke hulp krijgt van mantelzorg(ers) lager dan in de regio (32.2% tegenover 36.1%).

Uit de volwassenenenquête 2002 (20 tot 65 jaar) blijkt dat in Schijndel 14% de algemene gezondheid als slecht ervaart (regio 's-Hertogenbosch 13%).

## **Ongevallen**

Privé-, sport- en verkeersongevallen komen bijna twee keer zo vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Bij sportongevallen geldt, hoe ouder, hoe minder gevallen. Schijndel wijkt hierin niet af van de regio.

Het vallen over matjes en losse draden komt geregeld voor bij ouderen. Bij ouderen hebben deze valongevallen vaker ziekenhuisopname tot gevolg en is er sprake van een langere nasleep, waardoor het bij deze groep om relatief hogere medische kosten gaat. Ook immaterieel worden ouderen hard getroffen door valongevallen, door ziekenhuisopname en revalidatie zijn zij tijdelijk of zelfs voorgoed minder zelfredzaam. Van belang is daarom onveilige situaties in en om het huis te signaleren en hiervoor maatregelen te treffen om deze situatie op te heffen. In de ouderennota is besloten te starten met het project 'Woon wijs, voorkom vallen' van de GGD Hart voor Brabant. Daarnaast zou er ook aandacht moeten zijn voor voedings- en bewegingsaspecten ter voorkoming van botontkalking.

### *2.3 Leefstijl en gedrag*

Zoals gezegd blijkt uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 dat ongezond gedrag de belangrijkste bekende oorzaak van de stagnerende levensverwachting is. Ten aanzien van de leefstijl en het gedrag is uit de gesprekken en onderzoeken in Schijndel het volgende gebleken.

## **Voeding**

De algemene tendens in Nederland is dat men in toenemende mate onregelmatig, eenzijdig en ongezond eet. Uit het jongerenonderzoek blijkt dat van de 12-17 jarigen en de 18-24 jarigen 24% respectievelijk 29% onregelmatig ontbijt. Dit percentage is vergelijkbaar met de regio 's-Hertogenbosch. Onregelmatig ontbijten hangt samen met een ongunstige psychosociale gezondheid, schoolproblemen en onvoldoende sporten. De 12-17-jarigen die onregelmatig ontbijten hebben twee keer zo vaak moeite met het begrijpen van de lesstof.

Ook in de gesprekken is het onderwerp voeding en jongeren uitgebreid aan de orde geweest. Geconstateerd werd dat op veel scholen slechts de "vette hap" en snoep wordt verkocht. De kantine is zowel voor scholen als voor sportverenigingen een inkomstenbron waarbij de klant het aanbod bepaalt. Jongeren zelf zijn niet geïnteresseerd in gezonde voeding, dus wordt deze niet aangeboden. Over sportkantines is tenslotte nog in relatie tot voeding gesteld dat sportkantines niet alleen gezondheid kunnen uitstralen. Ook het sociale aspect is van belang.

Vanuit de Jeugdgezondheidszorg van de GGD is aangegeven dat er een duidelijke omslag in ontbijtgewoontes van jongeren is op het moment dat de kinderen naar het voortgezet onderwijs gaan. De ouders van brugklassers zouden geïnformeerd moeten worden over de invloed van hun gedrag (nog op bed blijven liggen, al naar het werk zijn) op het eetgedrag van hun kinderen.

Landelijk wordt een spectaculaire toename gezien van het aantal jeugdigen met overgewicht, met bewezen risico's voor de gezondheid.

Uit de volwassenenenquête blijkt dat, volgens de Richtlijnen goede voeding, 84% onvoldoende groente en fruit eet. Dit percentage komt nagenoeg overeen met dat voor de regio 's-Hertogenbosch (85%).

### **Alcohol**

Door jongeren, ook onder de 16 jaar, wordt veel alcohol gedronken. Het drinken van veel alcohol per keer is schadelijk voor de gezondheid. Wanneer er regelmatig meer dan zes glazen alcohol per keer wordt gedronken heeft dit schadelijke gevolgen voor de gezondheid. Van de 12-17 jarigen en 18-24 jarigen drinkt resp. 47% en 57% meer dan vier glazen alcohol per keer. Opvallend is dat de minderjarigen in Schijndel gemiddeld meer drinken (regio 's-Hertogenbosch 35%, landelijk 39%). Naar schatting zijn er ongeveer 150 minderjarige jongeren tussen 12 en 17 jaar die 10 of meer glazen alcohol per keer drinken.

Ook in de nota Jeugdbeleid is dit probleem aangekaart: 'met name alcoholgebruik in Schijndel baart zorgen. Het gebruik ligt niet alleen hoger dan gemiddeld, maar met name de zeer jonge leeftijd waarop reeds alcohol gedronken wordt is zorgwekkend. U moet hierbij denken aan kinderen in de leeftijd van bovenbouw basisschool.' Verontrustend is echter dat kinderen steeds vroeger beginnen met het drinken van alcohol. Volgens de geïnterviewden komt het regelmatig voor dat basisschoolleerlingen in de lunchpauze thuis enkele breezers drinken. 'Het drinken van verschillende glazen bier of breezers per week is geen uitzondering.'

In de gesprekken in het kader van deze gezondheidsnota werd het drinken op zeer jonge leeftijd ook weer aangehaald. Alcoholgebruik bij jongeren levert veel agressie op. Daarbij werd gesteld dat voorlichting alleen helpt als er vroeg mee wordt gestart, in de bovenbouw van de basisschool. Verder werd ook heel duidelijk de rol van de ouders benadrukt: ouders moeten hun verantwoordelijkheid nemen en er moet voorlichting en opvoedingsondersteuning aan hen gegeven worden.

In de nota Jeugdbeleid is over voorlichtingsprojecten het volgende opgenomen: "Projecten als 'gezonde school en genotmiddelen' en 'Big Deal?' dragen wel bij aan de bewustwording van jeugd inzake het gebruik van alcohol, drugs en roken maar de waarden en normen van de verzorgers spelen hierbij ook een grote rol."

Met betrekking tot rookgedrag en alcoholgebruik bij jonge jongeren is het nog van belang de evaluatie van Cultureel Jongerencentrum Bizzi te noemen. Doelstelling van Bizzi is om de jongeren in Schijndel de mogelijkheid te bieden om hun vrije tijd op een zinvolle manier in te vullen. Daarbij zijn een tweetal huisregels in dit kader van belang: er mag niet gerookt worden en er mag geen alcohol gedronken worden (m.u.v. sommige 16-plus activiteiten). Inmiddels worden deze huisregels geaccepteerd en komen er steeds meer positieve reacties op. Duidelijk is ook dat met deze huisregel een bepaalde doelgroep niet bereikt zal worden maar hier is uitdrukkelijk voor gekozen.

Uit de volwassenenenquête blijkt dat een vijfde van de bevolking van het werkgebied van de GGD Hart voor Brabant (zeer) excessief drinkt. Van excessief gebruik is sprake bij bijna dagelijks gebruik van 4 of 5 glazen alcoholhoudende drank, van zeer excessief gebruik bij bijna dagelijks gebruik van 6 glazen of meer. Het betreft hier vooral mannen tussen de 20 en 30 jaar (42%) en mannen van 40 tot 54 jaar (32%).

Uit de gesprekken met de huisartsen kwam naar voren dat er regelmatig, met name bij jonge gezinnen, een groot alcohol- en drugsprobleem wordt geconstateerd. Uit de beschikbare cijfers blijkt dit niet. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen hoe groot het probleem daadwerkelijk is en wat er aan gedaan kan worden.

### **Drugs**

Het aantal jongeren in Schijndel dat recent drugs heeft gebruikt is vergelijkbaar met de regio 's-Hertogenbosch. In absolute getallen houdt dit in dat ca. 290 jongeren regelmatig drugs gebruiken. Jongeren die drugs gebruiken hebben vaker een slechte psychosociale gezondheid, roken en spijbelen vaker (12-17 jarigen) en hebben meer geld te besteden (18-24 jarigen).

In de gesprekken werd gewezen op de verontrustende drugsproblematiek in de wijken bij voornamelijk jongeren. Het project "Big Deal" en de cursus "Jongeren en genotmiddelen" hebben wel wat opgeleverd werd gesteld, maar de aanpak van de problematiek gebeurt te veel in hokjes. De gesprekspartners roepen de gemeente op om hierin de regierol op zich te nemen. De gemeente voert een stringent beleid met betrekking tot drugs (0-optie). Dit betekent dat er door het college van burgemeester en wethouders geen medewerking wordt verleend aan vergunningen voor het openen van een coffeeshop.

Onder volwassenen is door 4 % in het jaar voorafgaande aan de enquête drugs gebruikt (regio ook 4%).

Een aantal sportverenigingen geeft aan wel eens te maken gehad te hebben met het gebruik van softdrugs. Het wordt echter binnen de verenigingen niet als een groot probleem gezien. Men is er wel alert op.

### **Roken**

Roken is een belangrijke risicofactor voor de gezondheid. Bij mensen boven de 20 jaar kan ongeveer de helft van de totale sterfte aan longkanker, chronische obstructieve longziekten, hartziekten en beroerten aan roken worden toegeschreven. In 1993 rookte in de regio 's-Hertogenbosch 37% van de volwassen bevolking, nu is dat 34% (volwassenenenquête 2002). In Schijndel rookte in 2002 32% van de volwassen bevolking. Bij mannen is het percentage rokers hoger dan bij vrouwen.

Van de 12-17 jarigen rookt 9% dagelijks (regio 11%) en van de 18-24 jarigen 27% (regio 34%). Ook bij rokers komt het vaker voor dat ze een slechte psychosociale gezondheid hebben, drugs gebruiken, gokken, alcohol gebruiken en spijbelen. Rokers hebben ook meer geld te besteden.

In de nota Jeugdbeleid is voor 2003 – 2007 als speerpunt het risicogedrag onder jongeren geformuleerd. Onder dit risicogedrag wordt o.a. het experimenteren met middelen, middelengebruik en risicovol verkeersgedrag gevat. Met de projecten 'Doe effe normaal/ Gezonde school en genotmiddelen' wordt hier aandacht aan geschonken. Er is € 5.000,- per jaar gedurende vier jaar beschikbaar voor deze projecten. Er wordt in de nota Jeugdbeleid verwezen naar het lokale gezondheidsbeleid waarin specifieke aandacht wordt gevraagd voor middelengebruik door jongeren. Het probleem zou via verschillende wegen aangepakt moeten worden, waarbij voorlichting op de basisschool (bovenbouw) een nog prominentere plaats moet innemen.

De landelijke regels rondom roken worden steeds verder uitgebreid en stringenter gehandhaafd. Zo verbiedt de Tabakswet roken en verkoop van rookwaren in gesubsidieerde sportcentra. Bij de uitwerking van de door de gemeenteraad vastgestelde kadernota Sportbeleid zal hier ook aandacht aan geschonken worden.

### **Slaap- en kalmeringsmiddelen**

Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen neemt toe naarmate de leeftijd stijgt. Met name vrouwen maken gebruik van deze middelen. Bij vrouwen van 20-29 jaar slikt 6% slaap- en kalmeringsmiddelen, dit percentage is bij vrouwen van 55-64 jaar 15%. Voor de totale volwassen bevolking van Schijndel geldt een gebruikerspercentage van 7%. (regio Hart voor Brabant 7%, regio 's-Hertogenbosch 8%).

Ook in de gesprekken is het gebruik van deze middelen aan de orde geweest. Als verklaring werd het hebben van problemen thuis genoemd (spanning, opgebrand zijn, probleemoplossend vermogen van mensen wordt steeds minder, veel jonge mensen met depressies, veel jonge mensen in de WAO en mensen zijn snel "overstresst"). Ook het gebruik van drugs en alcohol werd in verband gebracht met deze problemen. Er wordt dan ook gepleit voor voorlichting over stressbestendigheid.

### **Pesten**

Van de 12-17 jarigen pest 5% regelmatig anderen en wordt 2% regelmatig gepest. Dit laatste percentage is lager dan de regio (5%). Het al dan niet gepest worden is van invloed op de schoolbeleving en het schoolverzuim. Daarnaast neemt de kans op vroegtijdig schoolverlaten toe. Vanuit de jeugdgezondheidszorg van de GGD is aangegeven dat pesten wel een probleem is in Schijndel en actie noodzakelijk is.

Van de 12-17 jarigen heeft twee derde plezier op school, begrijpt de lesstof goed en kan 78% goed omgaan met de medeleerlingen. Naar schatting zijn er ongeveer 250 jongeren van 12-17 jaar die regelmatig spijbelen.



## *2.4 Fysieke en (psycho)sociale omgeving*

### **Wonen**

In de gemeente is een tekort aan huisvesting voor ouderen en mensen met een functiebeperking. Het beleid is er op gericht om hen in staat te stellen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en functioneren in een door henzelf gekozen omgeving, meestal de huidige woonomgeving. In de groepsinterviews is geconstateerd dat er sprake is van een achterstandssituatie voor wat betreft zelfstandige huisvesting voor gehandicapten. Ook de instellingen die werkzaam zijn in de Geestelijke Gezondheidszorg hebben problemen met de huisvesting van hun cliënten buiten de instelling door een tekort aan geschikte woningen. Inmiddels zijn ook hier ontwikkelingen in gang gezet. In het rapport “Wonen met Zorg en Welzijn” wordt (op blz. 16) het huidige aanbod en de toekomstige huisvestingsbehoefte in het kader van de extramuralisering van de gehandicaptenzorg (zowel geestelijk als lichamelijk gehandicapten). Daarbij worden ook uitspraken gedaan over de zorg- en welzijnsaspecten die hiermee samenhangen. Bij het vaststellen van de ‘Beleidsvisie Wonen’ door de raad zal logischerwijs rekening gehouden worden met de uitkomsten van dit rapport. Tevens zal daarbij rekening gehouden worden met aanbevelingen die in dat kader door de werkgroep ‘wonen met zorg en welzijn’ worden gedaan. Eveneens stelt de raad jaarlijks het woningbouwprogramma vast waarin met een aantal voor dit doel te bouwen woningen rekening wordt gehouden.

In het coalitiebeleidsaccord ‘Garen op de klos’ wordt als speerpunt het samenhangend beleid gericht op jeugd en jongeren, ouderen en gehandicapten, genoemd. Een van de kernpunten daarbij is de prioriteitenstelling in het huisvestingsbeleid tijdens deze collegeperiode (1/3 voor jongeren en 1/3 voor ouderen en speciale projecten voor gehandicapten).

Het percentage ouderen dat niet tevreden is met de woning is lager dan in de regio 's-Hertogenbosch. Er zijn vaker aanpassingen in de woning aangebracht, maar ook vaker gewenst dan in de regio 's-Hertogenbosch.

Van de volwassen bevolking heeft 24% in het afgelopen jaar één of meer klachten over de woning gehad (beslagen ramen, aanwezigheid pissebedden, vochtplekken etc.), 23% ondervindt lawaaioverlast en 4% stankoverlast. Deze cijfers zijn allemaal significant lager dan de regio Hart voor Brabant. De woning wordt door de volwassenen gewaardeerd met het cijfer 8,1, de buurt met het cijfer 7,9.

### **Veiligheidsbeleving en slachtofferschap**

Overdag voelen jongeren uit Schijndel zich niet duidelijk vaker of minder vaak onveilig dan de jongeren in de regio. Het aantal 18-24 jarigen dat in de gemeente slachtoffer is geweest van diefstal, vernieling of geweld is duidelijk lager dan in de regio (28% resp. 43%), bij de 12-17 jarigen is geen verschil te zien met de regio. Wanneer we bovenstaande percentages doorberekenen naar de gehele gemeente Schijndel, dan gaat het om ca. 1150 jongeren die in een jaar slachtoffer zijn geweest van diefstal, vernieling of geweld.

In Schijndel is 17% van de volwassenen het jaar voorafgaand aan de enquête slachtoffer geweest van een misdrijf. Dit is significant lager dan de regio's 's-Hertogenbosch en Hart voor Brabant waar 21% slachtoffer was.

Uit landelijk onderzoek blijkt dat 5% van het aantal ouderen boven 65 jaar wordt mishandeld. De vier GGD-en in Noord-Brabant in samenwerking met het PON en het BOZ hebben op basis hiervan een projectvoorstel ontwikkeld met als doel ouderenmishandeling in de brede zin van het woord te voorkomen dan wel vroegtijdig te signaleren. Op dit moment worden middelen geworven om dit project in 2003 uit te gaan voeren. In het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg heeft de gemeenteraad bij de vaststelling van de ouderennota besloten om €5.000,- te reserveren voor deelname aan dit project.

### **Sociale netwerken en eenzaamheid**

Uit het jongerenonderzoek blijkt dat in vergelijking met de regio 's-Hertogenbosch hetzelfde percentage jongeren onvoldoende vrienden heeft. Concreet betekent dit dat ongeveer 660 jongeren behoefte hebben aan meer vriend(inn)en. Opvallend is dat 34% (regio 25%) van de 12-17 jarigen niet altijd bij iemand terecht kan met vragen over o.a. huiswerk.

Uit de volwassenenenquête blijkt dat één op de drie volwassenen eenzaam is, uit de enquête onder ouderen uit 2000 blijkt dat voor ouderen een zelfde percentage geldt. In de ouderennota is aangegeven dat wij in het kader van de OGGZ zullen bevorderen dat er (preventieve) activiteiten ontplooid worden op het terrein van eenzaamheid onder ouderen. Hiertoe is samenwerking met de WegWijs-partners noodzakelijk.

In 2003 zal gestart worden met een project huisbezoek. De 'WegWijsadviseur' zal op jaarbasis 50 huisbezoeken gaan afleggen bij zelfstandig wonende 80-plussers die nog niet eerder een beroep op WegWijs hebben gedaan. Doel van de huisbezoeken is het geven van op de oudere toegesneden informatie in de thuissituatie, maar ook verduidelijking van vragen en problemen die bij de oudere leven. De indruk bestaat namelijk dat deze categorie ouderen niet altijd optimaal gebruik maakt van de voor hen bestemde voorzieningen.

De 'WegWijsadviseur' zal ook contact zoeken met de vrijwillige ouderenadviseurs van de ouderenbonden die in Schijndel actief zijn. Enerzijds om zich te informeren over hun activiteiten, anderzijds om hen kennis te laten nemen van de mogelijkheden die WegWijs biedt. Daarnaast is er ook een signalerende taak. Vanuit de bevindingen met de cliënten en met de vrijwillige ouderenadviseurs moet inzicht worden verkregen in het functioneren van WegWijs, het totale pakket dat alle participanten via WegWijs aanbieden en de wensen en verwachtingen van de cliënt van WegWijs en zijn partners.

### **Vrijwilligerswerk**

In januari 2003 is door de gemeenteraad de nota Vrijwilligersbeleid vastgesteld. Daarin is er voor gekozen om de komende jaren te investeren in met name een ondersteuningsstructuur voor het vrijwilligerswerk (professionalisering van de Vrijwilligerscentrale en ontwikkeling van een vrijwilligerswijzer).

In de nota 'Vrijwilligersbeleid gemeente Schijndel: 'Een krachtig verbond!' heeft de gemeente als ambitie geformuleerd om – binnen de mogelijkheden- alles te doen om mensen in Schijndel te ondersteunen, die zich vrijwillig, als individu of als organisatorische eenheid, willen inzetten voor een ideëel doel dat de samenleving als geheel ten goede komt. Aan deze ambitie wil de gemeente invulling geven door een ondersteuningsstructuur voor vrijwilligers op te zetten en jongeren te activeren voor vrijwilligerswerk. Deskundigheidsbevordering is een onderdeel van die ondersteuningsstructuur.

In deze gezondheidsnota willen wij een specifieke groep vrijwilligers er nog even uitlichten, en dat zijn de EHBO'ers. Er zijn in Schijndel 250 gediplomeerde EHBO'ers. Een aantal van hen heeft hulpposten aan huis waar iedereen een beroep op kan doen. In totaal zijn er 13 hoofdposten en 44 hulpposten.

### **Opvoedingsondersteuning**

In diverse gesprekken is opvoedingsondersteuning aan de orde geweest. Geconstateerd werd dat aan 'opvoedingsondersteuning' praktisch alleen autochtonen deel nemen (met name moeders en oma's). Aanstaaende ouders zouden ook goede voorlichting moeten krijgen over het opvoeden van kinderen. Als voorbeeld wordt een project in Breda 'Moeders lichten moeders in' genoemd. In dit project gaan ouders op bezoek in andere gezinnen om zo elkaar te ondersteunen in de opvoeding en het ontwikkelen van waarden en normen.

Belangrijk om hier te vermelden is dat wij in het keuzepakket van de GGD er al voor gekozen hebben om het accent te leggen op het opvoedkundig aspect (80 uur opvoedkundig spreekuur en 8 thema-ochtenden voor het basisonderwijs).

Er is inmiddels een convenant 'Naar een optimale keten in de jeugd(gezondheids)zorg' getekend tussen Thuiszorg, Bureau Jeugdzorg, Stichting Madi, in samenwerking met de GGD Unit JGZ, GGZ en de gemeente. Eén van de kernonderwerpen is de verbetering van de afstemming en bereikbaarheid van de opvoedingsondersteuning. Kernpartners hierbij zijn Bureau Jeugdzorg, Thuiszorg, Madi en GGD.

### ***2.5. Gebruik en toegankelijkheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen***

#### **Huisartsen- en specialistenbezoek**

Uit de volwassenenenquête blijkt dat in Schijndel 54% (regio 's-Hertogenbosch 53%) in de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek een bezoek aan de huisarts heeft gebracht. Onder ouderen is het bezoek beduidend hoger, namelijk 74.3%. Verder is het huisartsenbezoek ook beduidend hoger bij chronisch zieken, mensen met een uitkering en vrouwen.

Verder valt op dat zowel het aantal ouderen dat in Schijndel de tandarts bezoekt als het aantal ouderen dat medicijnen zonder recept gebruikt hoger is dan in de regio 's-Hertogenbosch. Het specialistenbezoek in Schijndel wijkt niet af van de regio (volwassenen 37% en ouderen 43.4%).

In het coalitiebeleidsaccoord 2002-2006 is over het huisartsentekort het volgende verwoord: 'Een centraal meldpunt elders geeft kwaliteitsverlies. De gemeente is gebaat bij een zo goed mogelijke dienstverlening. Wij trachten in overleg met de huisartsen voor het weekendbereik een lokale oplossing te bereiken.' Hierover is met de plaatselijke huisartsen gesproken. Er blijkt onvoldoende draagvlak te zijn voor het creëren van een plaatselijke oplossing omdat dit een taakverzwaring zou betekenen. Voor de toekomst is door de huisartsen de ontwikkeling van een weekendspreekuur niet uitgesloten.

In de groepsgesprekken is de bereikbaarheid van met name de huisartsen als (toekomstig) probleem genoemd. De gemeente zou moeten investeren in de huisartsenzorg. Als voorbeelden worden genoemd het aanbieden van betaalbare vestigingsmogelijkheden en geen parkeerplaatsen op eigen grond. De gemeente hanteert voor de huisartsenzorg al een maatschappelijke in plaats van een economische/commerciële prijs. In de nota Grondbeleid is namelijk besloten om voor vestigingen met een duidelijke maatschappelijke functie een maatschappelijke grondprijs te hanteren.

Belangrijk om hier te vermelden zijn de ontwikkelingen die op dit moment plaatsvinden op regionaal niveau. In november 2002 is de nota 'Kansen voor de eerstelijnszorg ... .. samen oppakken!' uitgebracht door DHV, Thuiszorg, GGZ, Samen Beter, VGZ, CZ, PRVMZ en Provincie Noord-Brabant. In deze nota is geïnterviewd wat de knelpunten en kansen zijn voor de eerstelijnsgezondheidszorg in Noord-Brabant Noordoost. Verder wordt in deze nota een ontwerp gepresenteerd voor de ondersteuning en ontwikkeling van samenhang en organisatie in de eerstelijnszorg in Noord-Brabant Noordoost. Deze regionale structuur biedt door middel van een samenwerkingscoördinator concreet hulp en assistentie bij vragen (inhoudelijk, organisatorisch, facilitair), die in de praktijk van de eerstelijnszorg leven. Hierbij is de focus: het stimuleren van samenwerking op de werkvloer met de huisarts als belangrijke partner. In de praktijk zal bezien worden of subregionale structuren opgezet moeten worden.

Kijkend naar de huidige situatie in Schijndel kan gesproken worden van een ontwikkeling naar een aantrekkelijk vestigingsklimaat voor huisartsen. Er is het gezondheidscentrum 'De Steeg' waarin tal van eerstelijnszorgverleners en particulieren gevestigd zijn maar waarin geen huisartsen participeren. Een aantal huisartsen participeert inmiddels in een HOED (Huisartsen onder één dak) in de nieuwbouwwijk Hulzebraak. De resterende huisartsen zijn op dit moment concreet in gesprek over de realisering van een HOED met daarbij de vestiging verloskundigen en een apotheek in het centrum (2006). De gemeente heeft bij de realisering van deze gezamenlijke centra steeds een faciliterende rol gehad (mee zoeken en aanbieden van locaties etc.). Als ook deze HOED gerealiseerd is zijn er geen solopraktijken van huisartsen meer. Zij participeren dan allemaal in een samenwerkingsverband.

### **Wachtlijstreductie**

Goede en toegankelijke zorg is van vitaal belang voor veel mensen. De wachtlijsten in de zorg nemen toe.

Tijdens de groepsinterviews werd door de aanwezigen een aantal zaken naar voren gebracht ten aanzien van enerzijds de organisatie van de wachtlijsten en anderzijds het fysieke aanbod van zorgvoorzieningen:

- als belangrijke oorzaak voor de lange wachtlijsten bij het RIO werd genoemd dat het te lang duurt voordat indicatieadviezen, ook voor de thuiszorg, worden afgegeven;
- de onderlinge communicatie tussen organisaties is nog niet goed geregeld. Als oplossing werd aangedragen een coördinator die zaken van verschillende organisaties (o.a. wachtlijsten) op elkaar afstemt en eventueel doorsluist naar een andere instelling. De lijnen moeten korter, en de gemeente zou hierin een regiefunctie moeten vervullen;
- achterstandssituatie voor wat betreft zelfstandige huisvesting voor gehandicapten en de problemen van de GGZ met de huisvesting in het kader van vermaatschappelijking van de zorg (zie ook onder wonen);
- het aantal verpleeghuisplaatsen en plaatsen dagopvang/dagverpleging zou verhoogd moeten worden.

De input van de gesprekken is ook gebruikt voor de totstandkoming van de ouderennota. Voor zover acties rondom deze knelpunten zijn opgezet verwijzen wij hiernaar.

### **Mantelzorg**

In de groepsinterviews is blijvende aandacht voor de financiële ondersteuning van het mantelzorgproject gevraagd. Deze zou minimaal op het huidige niveau gehandhaafd moeten blijven. Daartoe is door de gemeenteraad reeds besloten.

Voor het overige wordt verwezen naar het onderdeel Mantelzorg op blz. 29 en 30 van de Nota Ouderenbeleid.

### **Algemene problematiek**

In de volwassenenenquête 2001 wordt een aantal gezondheidsproblemen benoemd in de regio Hart voor Brabant:

- vooral jonge vrouwen rapporteren psychische klachten. De enquête naar de psychosociale gezondheid van 12-18 jarigen in de regio Brabant-Noordoost laat een vergelijkbaar beeld zien. De mate waarin psychosociale problematiek bij meisjes vanaf 16 jaar voorkomt is verontrustend. Dit uit zich in psychosomatische klachten zoals onverklaarbare moeheid, spanningshoofdpijn, lusteloosheid en het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. De effecten hiervan op de kwaliteit van leven, maatschappelijke participatie, arbeidsparticipatie (psychische stoornis is in 1 op de 3 gevallen de oorzaak van arbeidsongeschiktheid) en lichamelijke gezondheid vragen om aandacht voor dit aspect van gezondheid;
- eenzaamheid is niet alleen een probleem van ouderen. Eén op de drie mensen (36%), in de leeftijd van 20 tot 65 jaar, is eenzaam. Dit komt overeen met bevindingen onder ouderen;
- zes op de tien mensen heeft een chronische aandoening (migraine en ernstige hoofdpijn 20%, allergie 15%, ernstige aandoening aan nek/schouder (15%) of rug (14%);
- hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland 38% van de mannen en 41% van de vrouwen overlijdt hieraan. In de regio Hart voor Brabant betreft dit 43% van de mannen en 50% van de vrouwen;

- de tweede doodsoorzaak is kanker. In de regio Hart voor Brabant sterven 14% meer mannen aan longkanker dan landelijk het geval is. Voor vrouwen is er geen verschil;
- we eten in de regio Hart voor Brabant te weinig groenten en fruit (85%) en bewegen onvoldoende (50%).
- gebrek aan beweging en ongezonde voeding leiden tot overgewicht (44%);
- één op de drie volwassenen rookt, bij mannen van in de twintig is dit 40%;
- de mate van alcoholgebruik is verontrustend. Het aantal mensen dat (zeer) excessief alcohol gebruikt is hoog, namelijk één op de vijf;
- een ongezonde leefwijze wordt niet herkend. Slechts 4% vindt de eigen manier van leven ongezond of zeer ongezond en 63% vindt de leefwijze juist gezond of zeer gezond. Bij het nemen van maatregelen ter bevordering van gezond gedrag is het van belang om notie te nemen van deze beleving van de eigen leefwijze.

Ongezond gedrag is de belangrijkste oorzaak van een stagnerende volksgezondheid en komt met name onder jonge mannen veel voor. In het algemeen blijkt dat de meeste mensen te weinig bewegen en te weinig groente en fruit eten en dat het percentage mensen met overgewicht stijgt. Ongezond gedrag van nu zal zich in de toekomst vertalen in ziekte, verlies van kwaliteit van leven en normaal maatschappelijk functioneren en vroegtijdige sterfte. Voldoende reden dus om hier serieus aandacht aan te schenken.

#### *2.6. Sociaal Economische Gezondheidsverschillen*

Algemeen werd in de gesprekken aandacht gevraagd voor sociaal economische gezondheidsverschillen. Deze dienen naar de mening van de geïnterviewden verkleind te worden.

Onderzoek wijst uit dat mensen met een lage Sociaal Economische Status (inkomen, opleiding en beroep) een kortere levensverwachting (3,5 jaar) en een aanzienlijke kortere gezonde levensverwachting (12 jaar) hebben dan mensen met een hoge SES. Er wordt dan gesproken over sociaal economische gezondheidsverschillen.

Kijkend naar de bepalende factoren voor deze gezondheidsverschillen zijn de volgende gegevens uit de volwassenenenquête van belang:

- in Schijndel wonen significant meer laag opgeleiden dan in de regio Hart voor Brabant (48% en 43%). Laag opgeleiden zijn mensen met: geen opleiding, alleen lagere school, lager beroepsonderwijs of MAVO;
- het percentage mensen met een uitkering in Schijndel is 7%, in de regio 's-Hertogenbosch en Hart voor Brabant is dat 8%;
- in Schijndel is 68% van de inwoners ziekenfondsverzekerd. Dit aantal is vergelijkbaar met de regio Hart voor Brabant 67%, maar hoog ten opzichte van de regio 's-Hertogenbosch waar dit percentage 62% is.

## Hoofdstuk 3 Aandachtspunten en prioriteiten

### 3.1 Inleiding

Uit het voorgaande hoofdstuk zijn voldoende gegevens beschikbaar gekomen om de komende jaren actief mee aan de slag te gaan. In dit hoofdstuk worden de aandachtspunten in Schijndel op het gebied van gezondheid allereerst op een rij gezet. Daarbij wordt tevens kort naar de in de gesprekken al aangedragen interventies gekeken en de maatregelen die de gemeente of anderen al nemen. Vervolgens worden, aan de hand van de in paragraaf 1.6. verwoorde visie en doelstellingen, de prioriteiten voor de komende vier jaar vastgesteld.

### 3.2 Aandachtspunten

De aandachtspunten die uit de nota naar voren zijn gekomen zijn hieronder geclusterd naar de diverse determinanten van gezondheid.

## Leefstijl en gedrag

### 1. *Risicofactoren hart- en vaatziekten*

Risicofactoren hart- en vaatziekten komen in de regio 's-Hertogenbosch relatief vaak voor. Hierbij wordt dan gedacht aan overgewicht, roken, cholesterol, bewegen en hoge bloeddruk.

In de gesprekken is weinig aandacht aan dit probleem besteed. Dit komt overeen met de constatering uit de Volwassenenenquête dat het besef dat men niet gezond leeft niet voldoende aanwezig is.

### 2. *Voeding bij met name jeugd.*

Mogelijke maatregelen die genoemd worden zijn het stimuleren van een gezond kantinebeleid in zowel school- als sportomgeving en voorlichting aan ouders over de voeding van hun kinderen.

### 3. *Alcohol bij met name jongeren 12-17*

Door de geïnterviewden werd met name voorlichting op de basisschool van belang geacht. Ook werd de noodzaak van de voortzetting van de projecten uit de nota jeugdbeleid benadrukt. Het gaat hier dan om de projecten 'Gezonde school en genotmiddelen' en 'Big Deal?'

### 4. *Alcohol en drugs in jonge gezinnen*

Door de geïnterviewden in de clusterbijeenkomst medische zorg werd naar voren gebracht dat in Schijndel regelmatig, met name bij jonge gezinnen, een groot alcohol- en drugsprobleem wordt geconstateerd. Uit de beschikbare cijfers blijkt dit probleem echter niet. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen hoe groot het probleem daadwerkelijk is en wat eraan gedaan kan worden.

5. *Gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen*

De preventieve aanpak van voorlichting over stressbestendigheid werd hier als oplossing gezien. Er is tevens een project medicijngebruik bij de GGD voorhanden waarmee aandacht aan dit probleem geschonken kan worden. Bij dit project is de betrokkenheid van huisartsen een voorwaarde.

## **Sociale en fysieke omgeving**

6. *Ongevallen ouderen*

Het project valpreventie waarvoor in de ouderennota al gekozen is, is hier een van de mogelijke maatregelen. Daarnaast zijn ook voedingsvoorlichting en bewegen van belang.

7. *Huisvestingsproblematiek ouderen, GGZ en Gehandicapten*

De mogelijkheden die Stichting Vizier heeft voor huisvesting van gehandicapten zijn nadrukkelijk aan de orde gesteld. In het woningbouwprogramma 2002 tot en met 2006 is opgenomen dat 1/3 van de te bouwen woningen bestemd is voor ouderen. In dit kader wordt eveneens gewezen op het rapport 'Wonen met Zorg en Welzijn' waarin een fundament is neergelegd om wonen, zorg en welzijn binnen Schijndel verder op te bouwen.

8. *Eenzaamheid*

In de ouderennota wordt gesproken over het bevorderen van de ontplooiing van (preventieve) activiteiten in het kader van de OGGZ op het terrein van o.a. eenzaamheid.

9. *Ouderenmishandeling*

In de Ouderennota wordt tevens in dit kader gesproken over het bevorderen van de ontplooiing van (preventieve) activiteiten op het terrein van voorkoming van ouderenmishandeling. Hiervoor is een bedrag van € 5.000,- beschikbaar. Zodra de financiering van het provinciale project (zie pagina 26) rond is zullen wij hierin participeren.

10. *Opvoedingsondersteuning*

In het convenant dat in het kader van de regiovisie Jeugdzorg is gesloten is opvoedingsondersteuning als een van de kernpunten benoemd.

## **Zorgsysteem**

11. *Wachlijsten zorg*

Tijdens de groepsinterviews is voorgesteld om een coördinator aan te stellen. Door het Zorgkantoor is in het kader van de wachtlijstreductie een dergelijke coördinator aangesteld. Ook bij de Stichting Verenigde Zorgcentrum Schijndel zijn wachtlijstcoördinatoren werkzaam.



## 12. *Huisartsen*

Tijdens de groepsinterviews is naar voren gebracht dat de gemeente zou moeten “investeren” in huisartsenzorg. De gemeente heeft zich in deze faciliterend opgesteld.

## **Algemeen**

### 13. *Sociaal Economische Gezondheidsverschillen (SEGV) verkleinen*

Als rode draad door alle gesprekken loopt het verschijnsel SEGV: bij alle maatregelen dient er specifieke aandacht te zijn voor de kwetsbare groepen, de groepen met een lage sociaal economische status.

## **3.3 Prioriteiten**

In § 1.6. hebben wij onze visie op onze taak verwoord en ook een aantal doelstellingen gesteld voor de komende vier jaren. Wij stellen ons ten doel om

- achterstanden in de gezondheidszorg weg te werken;
- te werken aan een gezonde leefomgeving;
- vermijdbare gezondheidsrisico's te bestrijden door het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- de toegang tot (zorg)voorzieningen te verbeteren en
- bij de realisering van deze doelstellingen specifieke aandacht te geven aan de mensen die dit het meest nodig hebben.

Aan de hand van deze doelstellingen stellen wij een aantal prioriteiten, waarbij aansluiting gezocht is bij het coalitiebeleidsaccord. Dat wil niet zeggen dat de niet gekozen knelpunten per definitie minder belangrijk zijn. Het is echter qua tijd en ook financieel gezien niet mogelijk om alle knelpunten gelijktijdig op te lossen. Bij de knelpunten zal gekeken worden naar mogelijke actiepunten en aangrijpingspunten voor beleid. Niet voor ieder knelpunt is dat direct duidelijk en er zal dan ook voorgesteld worden samen met partners acties te ontwikkelen, uit te voeren en te evalueren.

In de onderzoeken rondom de gezondheidstoestand van de inwoners van Schijndel, de gesprekken die gevoerd zijn, de landelijke toekomstverkenningen wordt vaak als mogelijke actie voorlichting genoemd. Landelijk zijn er al tal van voorlichtingscampagnes over gezond gedrag. Het is de vraag of wij als lokale overheid daar nog een schepje bovenop moeten doen. Wij zullen zeker wel moeten bezien waar plaatselijke actie toegevoegde waarde heeft, en met name of we naast voorlichting andere acties kunnen ondernemen om gezond gedrag te stimuleren.

## **Leefstijl en gedrag**

Wij leggen hier de prioriteit bij de jeugd. Door te investeren in gezond gedrag bij jongeren denken wij de meeste gezondheidswinst te kunnen behalen. Uit landelijke cijfers en ook uit

lokale cijfers blijkt dat jongeren ongezond gedrag vertonen. Om jongeren zich hiervan bewust te maken en hen de mogelijkheid te geven hun leefstijl op een aantal punten te veranderen willen wij een integraal project rondom diverse leefstijlfactoren uit gaan voeren. Daarbij zullen wij een beroep doen op diverse organisaties in Schijndel om hier ook een bijdrage aan te leveren (onderwijs, horeca, jeugd – en jongerenwerk, sportverenigingen etc). In dit project zal specifieke aandacht gegeven worden aan jeugd in een achterstandspositie.

Daarnaast zijn een tweetal problemen aangekaart in de groepsgesprekken die nader onderzoek vergen. Allereerst is dat het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, daarnaast is dat het alcohol- en druggebruik in jonge gezinnen. Voor beide problemen zijn geen cijfers beschikbaar die de signalen onderbouwen. In overleg met de huisartsen, Novadic en de GGD zullen wij bezien in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van problematiek waar acties noodzakelijk zijn en wat die acties dan zouden moeten inhouden.

### **Sociale en fysieke omgeving**

Er worden als uitvloeisel van de ouderennota op dit terrein al een aantal knelpunten aangepakt:

- valongevallen: het project valpreventie voor ouderen zal in 2003 starten. Daarnaast zou aandacht geschonken moeten worden aan voedingsvoorlichting en bewegen. Er zit al een bewegingsmodule in het project waarmee een opstapje naar het reguliere aanbod van bewegen wordt gemaakt. Voeding is geen expliciet onderdeel van het project. Niet alleen in relatie tot vallen (botontkalking) maar meer in het algemeen blijkt voeding aandacht van ouderen te vragen. Overgewicht komt met name voor bij mannen in de leeftijd van 50-70 jaar;
- ouderenmishandeling: voor deelname aan het provinciale “project ouderenmishandeling” is al een bedrag gereserveerd en zodra dit project van start gaat zullen daarmee activiteiten ontplooid gaan worden;
- eenzaamheid: in het OGGZ beleid is aangegeven dat preventieve activiteiten op het terrein van eenzaamheid ontwikkeld zouden moeten gaan worden. Ook uit de knelpunten van deze nota komt eenzaamheid naar voren.

Opvoedingsondersteuning is in het kader van de regiovisie Jeugdzorg als kernonderwerp gekozen. De kernpartners (GGD, Thuiszorg en Bureau Jeugdzorg) zullen de komende periode specifieke aandacht hieraan geven.

Over de huisvestingsproblematiek van mensen met een zorgvraag als gevolg van onder andere de extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg is onlangs het rapport “Wonen met Zorg en Welzijn” uitgekomen waarin zowel woon-, zorg- en welzijnsaspecten van deze ontwikkeling in Schijndel concreet aandacht krijgen. De werkgroep ‘Wonen met zorg en welzijn’ is hierbij betrokken. Bij de vaststelling van de verschillende beleidsdocumenten op dit terrein (Beleidsvisie wonen en Woningbouwprogramma) zal met de uitkomsten van dit rapport rekening worden gehouden.

Naast de al bestaande aandacht voor problemen in de sociale en fysieke omgeving zal er in de komende jaren prioriteit gelegd worden bij de aanpak van eenzaamheid bij ouderen. In samenwerking met de daartoe geëigende organisaties zoals SWOS, de KBO's, Stichting Madi, GGZ, Stichting Thuiszorg en GGD zal bezien worden op welke wijze bij deze ouderen weer belangstelling en betrokkenheid voor maatschappelijke aangelegenheden kan worden gewekt.

## **Zorgsysteem**

Voor het oplossen van de wachtlijsten in de zorg is tijdens de groepsinterviews een coördinator voorgesteld. Bij het Zorgkantoor is reeds een dergelijke coördinator werkzaam. Ook bij de Stichting Verenigde Zorgcentra zijn wachtlijstcoördinatoren aangesteld.

In het kader van de ouderennota is voor wat betreft de wachtlijsten het volgende geconstateerd:

De gemeente kan geen directe invloed uitoefenen op het verminderen van de wachtlijsten van verpleeg- en verzorgingshuizen omdat de zorgorganisaties vanuit de AWBZ worden gefinancierd. Wel zal de gemeente bij de totstandkoming van de regiovisies wijzen op de wachtlijstproblematiek. Verder is ook besloten het samenwerkingsverband Wonen, Welzijn, Zorg en Inkomensondersteuning (WWZI) voort te zetten en het RIO er op te wijzen dat overschrijdingen van de wettelijke indicatietermijn niet worden getolereerd. Inmiddels wordt bij het RIO gewerkt aan een verbeterde dienstverlening. Gezien de permanente aandacht die dit probleem al krijgt zien wij geen aanleiding om op dit moment nog verdere stappen op dit vlak te ondernemen.

In de groepsinterviews is gesteld dat het noodzakelijk is dat de gemeente investeert in de huisartsenzorg. Wij doen dit al. In het grondexploitatiebeleid is als uitgangspunt opgenomen dat o.a. voor HOEDEN het maatschappelijke tarief wordt gehanteerd in plaats van het commerciële tarief. Verder is de huidige stand van zaken positief in vergelijking met andere gemeenten: alle huisartsen werken op afzienbare termijn samen in twee Hoeden en er is een gezondheidscentrum waarin diverse (eerstelijns)disciplines (geen huisartsen) samenwerken.

Aandachtspunt wat de huisartsen betreft is nog wel de organisatie van de Centrale Huisartsenpost. Er is eind dit jaar een evaluatie van de Centrale Huisartsenpost gepland.

### ***3.4. Financiën***

Nieuwe middelen:

- Concreet wordt de gemeenteraad een bedrag van € 15.000,00 gevraagd voor leefstijlprojecten voor de jeugd;
- Nader onderzoek naar het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, alcohol- en drugsgebruik in jonge gezinnen: p.m.

De volgende bedragen zijn reeds beschikbaar:

- de gelden uit het keuzepakket van GGD voor de jaren 2004 – 2007 (deze kunnen, afhankelijk van de gemaakte keuzes voor andere beleidsonderwerpen, jaarlijks variëren): voor 2004 is nog een bedrag van ± € 8.500,00 beschikbaar;
- bij de vaststelling van de Ouderennota heeft de raad reeds gelden beschikbaar gesteld: -  
-€5.000,- voor het project “ouderenmishandeling” en  
-€5.000,- voor het project valpreventie: “Woon wijs voorkom vallen”.

## **Hoofdstuk 4 Plan van aanpak**

Voor de versterking van het lokaal gezondheidsbeleid is in het voorgaande hoofdstuk een aantal speerpunten gekozen dat het bestaande beleid zal intensiveren. Deze speerpunten worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt. Dit gebeurt via een plan van aanpak waarin ook aandacht geschonken zal worden aan de financiën en (tussentijdse) evaluatie. De commissie voor advies van de gemeenteraad en de gemeenteraad zullen jaarlijks geïnformeerd worden over de stand van zaken. Op deze wijze wordt de vooruitgang en de realisatie van het beleid in beeld gebracht.

Bij de ontwikkeling en uitvoering van de activiteiten zal zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van de deskundigheid van direct betrokkenen. Daar waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande activiteiten.

### **Leefstijlproject Jeugd**

Door te investeren in gezond gedrag bij jongeren denken wij de meeste gezondheidswinst te kunnen behalen. Het idee is om een integraal project rondom diverse leefstijlfactoren op te zetten en uit te voeren. Het zal hierbij niet gaan om één projectactiviteit maar gezien de problematiek om diverse activiteiten, gericht op meerdere problemen (voeding, drugs, alcohol, pesten) en doelgroepen (leeftijdsgroepen jeugd: 12- en 12+, maar ook ouders, intermediairs etc.). De diversiteit vraagt ook om de inzet van diverse organisaties in Schijndel. We denken hierbij o.a. aan onderwijs, horeca, jeugd – en jongerenwerk, sportverenigingen en Novadic.

### **Nader onderzoek leefstijl volwassenen**

De problematiek rondom het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en het alcohol- en druggebruik in jonge gezinnen zal nader onderzocht worden. Hiertoe wordt een overleg gestart met de huisartsen, GGD en Novadic. Naar aanleiding van de uitkomsten hiervan zullen acties ondernomen worden.

### **Eenzaamheid bij ouderen**

Om de eenzaamheid bij ouderen tegen te gaan dient, in samenwerking met de daartoe geëigende organisaties (zoals SWOS, de KBO's, Stichting Thuiszorg, GGZ, GGD), gezien te worden op welke wijze bij deze ouderen weer belangstelling en betrokkenheid voor maatschappelijke aangelegenheden kan worden gewekt.

### **Centrale Huisartsenpost**

Aandachtspunt wat de huisartsen betreft is de organisatie van de Centrale Huisartsenpost. De Centrale Huisartsenpost functioneert inmiddels al enige tijd en er is eind 2003 een evaluatie gepland door de Centrale Huisartsenpost zelf. Tevens zal worden gezien in hoeverre wij maar ook het RPCP betrokken kunnen worden bij de evaluatie.

Er volgen op dit moment dus drie nieuwe acties uit de nota en nader onderzoek naar een tweetal problemen (gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen, en alcohol- en druggebruik in jonge gezinnen). In het plan van aanpak (pagina's 41 en 42) zijn naast deze acties ook de maatregelen opgenomen die wij ten aanzien van de geconstateerde knelpunten inmiddels al ondernomen hebben. Op die manier is er een totaalbeeld geschetst.

## Literatuurlijst

Actieprogramma "Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid". Kamerstuk 22 894 nr. 13.

Gemeentelijk Gezondheidsbeleid: Beter op zijn plaats. Advies van de committee Versterking collectieve preventie, november 1996

Notitie openbare gezondheidszorg. Ministerie VWS, juni 1999.

Spelen op de winst: Een visie op de openbare gezondheidszorg. Platform openbare gezondheidszorg, januari 2000.

Openbare gezondheidszorg. Brief van Minister VWS aan Tweede Kamer, 17 maart 2000.

Gemeentelijk beleid ten aanzien van huisartsen, VNG Den Haag, januari 2002.

Gemeentelijk beleid ten aanzien van huisartsen II, VNG Den Haag, juni 2002.

Gezondheidsonderzoeken:

- jongerenonderzoek 2000 van de GGD Hart voor Brabant;
- ouderenonderzoek 2000 van de GGD Hart voor Brabant;
- gezondheidsenquête onder volwassenen 2002 van de GGD Hart voor Brabant en
- het gezondheidsprofiel dat de GGD Hart voor Brabant op basis van o.a. deze drie onderzoeken van Schijndel in 2003 heeft gemaakt;

Nota Gehandicaptenbeleid gemeente Schijndel, Schijndel 1999

Nota Integraal Jeugdbeleid gemeente Schijndel 'D(i)e eeuwige jeugd!', Schijndel 2003

Nota Vrijwilligersbeleid gemeente Schijndel 'Een krachtig verbond', Schijndel 2002

Nota Ouderenbeleid gemeente Schijndel 'Oud en wijs genoeg', Schijndel 2003

Evaluatierapport Cultureel jongerencentrum Bizzi, Schijndel 2002

Woningbouwprogramma 2002 tot en met 2006, Schijndel 2002

Gemeente op maat, Schijndel 2002, CBS, Voorburg 2000

Beleidsplan VZS 2003-2006, Schijndel 2003

Rapport 'Wonen met Zorg en Welzijn', Schijndel 2003





**Bijlage 1: Plan van aanpak lokaal volksgezondheidsbeleid 2003- 2007**

Nr.	Doelstelling	Actiepunt	Coördinatie	Betrokken Instelling / instantie	Termijn (periode)	Kosten en financiering	Evaluatie/ Effectmeting
1.	Achterstanden in de gezondheidszorg wegwerken	a. Bij de realisering van de overige doelstellingen zal specifiek aandacht gegeven worden aan de mensen die dit het meest nodig hebben.	a. afdeling WSO	a. diverse partners in de gezondheidszorg	a. Permanent aandachtspunt periode 2003 – 2007	a. p.m.	a. In gezondheidsmonitor van de GGD
2.	Werken aan een gezonde leefomgeving (fysiek en sociaal)	<p>a. eenzaamheidsproblematiek</p> <p>b. project ouderenmishandeling</p> <p>c. project valpreventie ouderen 'woon wijs, voorkom ongevallen'</p> <p>d. versterken opvoedingsondersteuning</p> <p>e. huisvesting voor ouderen, GGZ-cliënten en gehandicapten verbeteren: ? nieuw te bouwen woningen is voor ouderen bestemd.</p>	<p>a. afdeling WSO</p> <p>b. GGD Hart voor Brabant</p> <p>c. GGD Hart voor Brabant</p> <p>d. afdeling WSO</p> <p>e. afdelingen VROM/WSO</p>	<p>a. SWOS, KBO's, GGD, Stichting Thuiszorg, Madi, GGZ, Tweesprong (sociale activering) en Stichting Triangel</p> <p>b. afd. WSO, PON, BOZ, SWOS, overige GGD'en Brabant, Tweesprong, ouderenbonden</p> <p>c. afdeling WSO, ouderenbonden, SWOS, Tweesprong, woningcorporaties</p> <p>d. Bureau Jeugdzorg, Thuiszorg, Madi, GGD, Kinderdagverblijven en Peuterspeelzalen, Tweesprong</p> <p>e. Vizier, Stichting VLG, VZS, Bouwvereniging Huis en Erf</p>	<p>a. Permanent aandachtspunt</p> <p>b. start beoogd in 2003</p> <p>c. start beoogd in 2003</p> <p>d. start 2003</p> <p>e. onderzoek gereed in 2003</p>	<p>a. p.m.</p> <p>b. € 5.000,- (reeds beschikbaar vanuit de ouderennota)</p> <p>c. € 5.000,- (reeds beschikbaar vanuit de ouderennota)</p> <p>d. p.m.</p> <p>e. p.m.</p>	<p>a. In gezondheidsmonitor van de GGD</p> <p>b. Bezien in relatie met huiselijk geweld. Verslaglegging van het project</p> <p>c. Evaluatie na afloop project. Verslaglegging van het project én structurele inbedding.</p> <p>d. Realisatie van steunpunten opvoedingsondersteuning in de EBC's.</p> <p>e. Jaarlijks evaluatiemoment bij de vaststelling van het woningbouwprogramma</p>

3.	Vermijdbare gezondheidsrisico's bestrijden door het bevorderen van een gezonde leefstijl	<p>a. integraal project gericht op leefstijlfactoren jeugd</p> <p>b. nader onderzoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen ;</li> <li>- gebruik alcohol en drugs in jonge gezinnen</li> </ul>	<p>a. afdeling WSO</p> <p>b. afdeling WSO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Voeding, bewegen:</b> onderwijs, thuiszorg, huisartsen, sportverenigingen, GGD, Kinderdagverblijven en Peuterspeelzalen</li> <li>- <b>Roken, drugs, alcohol:</b> onderwijs, horeca, jeugd- en jongerenwerk, Novadic, GGD, Tweesprong, Kinderdagverblijven en Peuterspeelzalen</li> <li>- <b>Pesten:</b> onderwijs, GGD, Tweesprong</li> </ul> <p>b. huisartsen, Novadic, GGZ en GGD</p>	<p>a. Voorbereiding: 2003-2004 Uitvoering: 2004-2007</p> <p>b. overleg in 2003, eventuele acties vanaf 2004</p>	<p>a. € 15.000,-</p> <p>b. p.m.</p>	<p>Tweejaarlijks evaluatie in jeugdmonitor van provincie. Uitvoering van het project.</p> <p>b. 2003 tussentijds t.a.v. besluit om wel of niet tot actie over te gaan</p>
4.	Toegang tot (zorg)voorzieningen verbeteren	<p>a. Voortzetten samenwerkingsverband wonen, welzijn, zorg en inkomensondersteuning</p> <p>b. Continue aandacht voor wachtlijsten in de zorg via inbreng in regiovisies en via het RIO</p>	<p>a. afdeling soza</p> <p>b. afdeling WSO</p>	<p>a. Partners in het Samenwerkingsverband</p> <p>b. Deelnemers regiovisie verpleging en verzorging, het RIO en deelnemers regiovisie jeugd.</p>	<p>a. permanent</p> <p>b. continue</p>	<p>a. kosten opgenomen in gemeente-begroting</p> <p>b. geen</p>	<p>halfjaarlijks gesprek met voorzitter van samenwerkingsverband. Adviezen van WWZI bij beleidsstukken.</p> <p>b. Permanent. Jaarverslagen Zorginstellingen.</p>

## Bijlage 2: Lijst van afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Bijzondere Opnemingsinstellingen Psychiatrische Ziekenhuizen
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen
HOED	Huisartsen onder één dak
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
MMK	Medische Milieukunde
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
SEGV	Sociaal Economische Gezondheidsverschillen
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten

### **Bijlage 3: Overzicht van relevante wetgeving op het gebied van de volksgezondheid**

De Grondwet en de Gemeentewet geven de gemeentelijke overheid een belangrijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid, ook voor de geestelijke volksgezondheid. De verantwoordelijkheid van de gemeente voor de volksgezondheid is vastgelegd in een groot aantal wetten. In het navolgende overzicht zijn deze onderverdeeld in drie categorieën: wetten die bevoegdheid geven, wetten die verplichten en wetten die van invloed zijn op de kwaliteit.

#### **1 Wetten die bevoegdheid geven**

##### **Grondwet**

In artikel 22 van de Grondwet staat beschreven dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de gezondheid.

##### **Gemeentewet**

Artikel 149 van de Gemeentewet geeft de gemeenteraad de bevoegdheid om verordeningen op te stellen in het belang van de gemeente. Als voorbeeld van een dergelijke verordening kan de APV worden genoemd.

##### **Tijdelijk besluit kwaliteitsregels van de Kinderopvang**

Met dit besluit wordt de gemeentelijke verantwoordelijkheid geregeld voor de hygiëne en veiligheid van de kindercentra binnen haar gemeentegrenzen. Het besluit bevat minimale kwaliteitsregels die in gemeentelijk beleid vertaald moeten worden. Het besluit is geldig totdat de Wet Basisvoorziening Kinderopvang van kracht is.

##### **Wet op de Openlucht recreatie, het Besluit hygiëne gezondheid en veiligheid kampeerterrinen, het Waterleidingbesluit**

Deze regelgeving verplicht de gemeente tot het opstellen van een verordening waarin in elk geval bepalingen betreffende de gezondheid moeten worden opgenomen. Ook zijn bepaalde eisen ten aanzien van de hygiëne op kampeerplaatsen vastgelegd.

##### **De infectieziektenwet**

Met deze wet wordt de bescherming van de volksgezondheid geregeld tegen infectieziekten zoals tuberculose, Soa en Aids. Op grond van deze wet heeft de burgemeester de bevoegdheid om in voorkomende gevallen en ter voorkoming van epidemieën plaatsen aan te wijzen waarin burgers verplicht kunnen worden opgenomen ter medische behandeling.

##### **Quarantainewet**

De Quarantainewet bevat voorschriften over het voorkomen en weren van besmettelijke ziekten bij mensen die Nederland binnenkomen. Onder andere aan de burgemeester als 'gezondheidsautoriteit' bijgestaan door een geneeskundige en in overleg met de Inspectie Gezondheidszorg worden op grond van deze wet bijzondere bevoegdheden verleend om maatregelen te treffen teneinde epidemieën te voorkomen (betreffende pokken, gele koorts en cholera via internationale transportwegen door de lucht, over zee en spoorwegen). De GGD is een erkende instelling bevoegd om te vaccineren tegen gele koorts.

##### **Destructiewet**

De gemeente moet ervoor zorgen dat kadavers van in de wet genoemde dieren (destructiemateriaal) op hygiënische wijze worden afgevoerd naar het zogenaamde destructiebedrijf. Op basis van deze wet moet de gemeente een verordening maken, waarin geregeld is wat de houder van het destructiemateriaal ermee moet doen en hoe het moet worden bewaard totdat het wordt opgehaald.

##### **Wet bijzondere opnemng in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)**

De BOPZ geeft de burgemeester de bevoegdheid om mensen die gestoord zijn in hun geestesvermogens en daarmee een gevaar zijn voor zichzelf, hun omgeving of de openbare orde met

een 'inbewaringstelling' acuut verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

### **Wet Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid (GOA)**

Met ingang van 1 augustus 1998 hebben de gemeenten krachtens deze wet de verantwoordelijkheid gekregen voor en de regie over het voorkomen en bestrijden van onderwijsachterstanden. Voor die tijd was het een rijkstaak. In een gemeentelijke verordening dient het gemeentelijk beleid in deze verankerd te worden.

## **2 Wetten die verplichten**

### **Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV)**

De WCPV verplicht de gemeente(raad) de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie te bevorderen alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

De gemeente(raad) draagt verder zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie op het gebied van infectieziekten en risico's voor jeugdigen. Hiertoe moet hij ingevolge artikel 5 een GGD in stand houden.

### **Gemeentelijke taken**

- het uitbrengen van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid eens per vier jaar; voorafgaand aan de opstelling van de nota moeten op landelijk gelijkvormige wijze gegevens over de gezondheidssituatie verzameld en geanalyseerd worden (epidemiologie);
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- de regie van de openbare geestelijke gezondheidszorg;
- de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19 jaar;
- de uitvoering van de infectieziektebestrijding (surveillance, beleidsadvisering, netwerk- en regiefunctie);
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- medisch-milieukundige zorg;
- technische hygiënezorg.

### **Welzijnswet**

In de Welzijnswet staat dat overheden gezamenlijke inspanning op maatschappelijk en sociaal-cultureel terrein moeten leveren, in samenwerking met het particuliere initiatief. De gemeente is vrij initiatieven op dit gebied te nemen dan wel te ondersteunen. Beleidsterreinen van de Welzijnswet die betrekking hebben op de volksgezondheid zijn: Algemeen maatschappelijk werk, sociaal-cultureel werk, (preventief) jeugdbeleid, ouderenbeleid, minderhedenbeleid, sport en recreatie.

#### ▪ **Algemeen maatschappelijk werk**

Maatschappelijk werk levert een bijdrage aan het sociaal en psychisch welbevinden van mensen in hun omgeving. Hiertoe worden diensten aangeboden aan mensen die in een situatie verkeren die hun draagkracht te boven gaat en waarbij onvoldoende steun in hun omgeving voorhanden is. Naast psychosociale hulpverlening is er binnen het AMW ook ondersteuning voor meer materiële hulpvragen.

#### ▪ **Sociaal-cultureel werk**

Hieronder vallen onder meer welzijnswerk voor gehandicapten, kinderopvang, emancipatie en preventief jeugdbeleid. Algemeen preventief jeugdbeleid is gericht op de ontwikkeling van kansen en de bestrijding en voorkoming van achterstanden van jeugdigen (o.a. jeugdgezondheidszorg, jongerenparticipatie, buurtbeheer). Indien dit beleid gericht is op specifieke groepen jeugdigen, zoals allochtonen, spijbelaars, werkzoekenden, spreekt men van gericht preventief jeugdbeleid (o.a. projecten opvoedingsondersteuning, de brede school, spijbelprojecten). Er staat voor deze kabinetsperiode een wet op stapel voor de jeugdhulpverlening: Wet op de jeugdzorg.

- **Ouderenbeleid**

Hieronder vallen flankerende voorzieningen, zoals maaltijdvoorziening, klussendienst, ondersteuning van vrijwilligerswerk en voorlichting over preventie van valongevallen. De ontwikkeling en ondersteuning van mantelzorg is een belangrijk aandachtspunt. Hieronder vallen de inzet van hulp en/of hulpmiddelen, het verstrekken van woningaanpassingen en tijdelijke of dagopvang voor thuiswonende hulpbehoevenden. Daarnaast kan de gemeente financiële en facilitaire ondersteuning bieden aan vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties: thuishulpcentrales, burenen- en boodschappendiensten, ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers en oppas- en vervoersdiensten.

- **Bevorderen van sport en recreatie**

Met bewegingsstimulering is in belangrijke mate gezondheidswinst (zowel lichamelijk als geestelijk) te behalen. Via de Stimuleringsregeling Breedtesport is extra subsidie beschikbaar voor sport- en bewegingsstimuleringsactiviteiten, waarbij een duidelijke relatie gelegd kan worden tussen gezondheid, maatschappelijke participatie en sport/beweging.

Onder de Welzijnswet vallen specifieke uitkeringen voor de maatschappelijke opvang (o.a. de dak- en thuislozenzorg en de crisisopvang), vrouwenopvang (opvang en onderdak aan bedreigde en mishandelde vrouwen) en de ambulante verslavingszorg (preventie, medisch maatschappelijke opvang en begeleiding, behandeling en nazorg, maatschappelijk herstel en consultatie). Zie ook paragraaf 2.2.3.

### **Gezondheidswet**

De Gezondheidswet bevat de wettelijke voorschriften met betrekking tot de organisatie van de zorg voor de volksgezondheid. De Wet regelt onder andere de vertegenwoordiging van de gemeente in de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV). Daarnaast regelt de Wet onder andere de informatieplicht van de gemeente aan de inspecteurs van de Volksgezondheid, RVZ en de Provinciale Raad ten aanzien van de naleving van wetten en verordeningen die de volksgezondheid betreffen. Ook is in deze wet geregeld dat inspecteurs van Volksgezondheid de gemeenten informeren en adviseren.

### **Infectieziektenwet**

Ook deze wet geeft de gemeente een taak bij de infectieziektebestrijding. De GGD heeft in deze wet een van de geneeskundige inspectie gedelegeerde taak. Gevallen van de zogeheten aangifteplichtige ziekten moeten bij de GGD gemeld worden, waarbij de GGD, indien noodzakelijk, in voorkomende gevallen de burgemeester adviseert over maatregelen ter voorkoming van uitbreiding van de ziekte en besmetting van anderen.

### **Waterleidingwet / Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater**

Op grond van deze wet dient de kwaliteit van het drinkwater te voldoen aan bepaalde eisen in verband met de schadelijkheid voor de volksgezondheid. In oktober 2000 is de Waterleidingwet gewijzigd en is de 'Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater' vastgesteld. De gemeente heeft bij legionellapreventie twee rollen, enerzijds als eigenaar van collectieve leidingnetten, anderzijds als toezichthouder. Als eigenaar van legionellagevoelige accommodaties dient een risicoanalyse in de gebouwen uitgevoerd te worden en een beheersplan te worden opgesteld, waarin de maatregelen worden vermeld. Daarnaast zal de gemeente als toezichthouder gaan optreden bij grootschalige evenementen, kinderdagverblijven, asielzoekerscentra en inrichtingen voor openluchtrecreatie.

### **De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**

- **Vaccinatiebesluit**

Het vaccinatiebesluit is een besluit op grond van de AWBZ. De gemeenten participeren in de entgemeenschap samen met de thuiszorgorganisaties. Dit samenwerkingsverband zorgt voor de uitvoering van het vaccinatiebesluit. De gemeente is verplicht om kosteloos gegevens uit het

bevolkingsregister aan te leveren om nieuw geboren in het vaccinatieprogramma te kunnen opnemen en om verhuisde kinderen te kunnen blijven oproepen.

▪ **Bevolkingsonderzoeken**

Het college voor zorgverzekeringen subsidieert uit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten het bevolkingsonderzoek op borstkanker, waarin de gemeente in casus de GGD een belangrijke coördinerende en voorlichtende rol vervult. De gemeente moet aan de (geautoriseerde) uitvoerders van de onderzoeken op systematische wijze gegevens uit de GBA verstrekken voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek borstkanker en baarmoederhalskanker.

▪ **Zorgvernieuwingsfondsen**

Per sector in de AWBZ zijn zogenaamde zorgvernieuwingsfondsen vormgegeven: gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging en geestelijke gezondheidszorg. Hierin speelt het zorgkantoor een belangrijke rol bij de uitvoering en in het bijzonder bij de beoordeling van de projecten. De gemeente en cliëntenorganisaties adviseren over de projecten. Het is zaak dat de gemeente besluit over de door de gemeente te hanteren criteria zorg-op-maat. De gemeente is vertegenwoordigd in de Raad van Advies van het zorgkantoor.

▪ **Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging**

De gemeente moet zorgdragen voor een indicatieorgaan voor verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg waarin geïntegreerd wordt geïndiceerd. Op termijn zal ook de indicatiestelling voor de gehandicapten bij het indicatieorgaan worden ondergebracht.

**Woningwet / Bouwbesluit**

In het Bouwbesluit zijn bouwvoorschriften vastgelegd op het gebied van hygiëne en veiligheid in woningen. Onderwerpen die aan de orde komen zijn o.a. wering van geluidshinder, wering van vocht, behandeling van afvalwater binnen de woning, ventilatie, bestrijding van ongedierte en toetreding van daglicht. Op grond van artikel 100 van de Woningwet is het College van Burgemeester en Wethouders aangewezen om zorg te dragen voor handhaving van de bepalingen van het Bouwbesluit. Zij geven uiteindelijk een gebruikersvergunning af.

**Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen**

Het besluit regelt het technische veiligheidstoezicht op toestellen in speeltuinen, op schoolpleinen, bij kinderdagverblijven en openbare speelgelegenheden. De eigenaar is verantwoordelijk voor de veiligheid. Het toezicht geschiedt door de Inspectie Gezondheidsbescherming.

**Arbeidsomstandighedenwet**

Als werkgever is de gemeente op grond van deze wet verplicht zorg te dragen voor een zo groot mogelijke veiligheid, een zo goed mogelijke bescherming van de gezondheid en een bevordering van het welzijn bij de arbeid. De gemeente moet onder bepaalde voorwaarden ervoor zorgen dat gebruik gemaakt kan worden van een erkende Arbodienst. Daarin is ook de bedrijfsgezondheidszorg aanwezig.

**Wet Werk en Bijstand**

Deze wet treedt in werking op 1 januari 2004 en komt in de plaats van de Algemene Bijstandswet. De nieuwe wet beoogt op de eerste plaats om mensen, indien nodig, in het kader van reïntegratie en activering te begeleiden naar de arbeidsmarkt zodat ze middels arbeid in hun eigen levensonderhoud kunnen voorzien. Verder kan, alleen als het strikt noodzakelijk is, een (tijdelijke) inkomenswaarborg geboden worden.

**Wetgeving speciaal onderwijs**

Op grond van deze wet in combinatie met de WCPV is de gemeente verplicht de GGD op te dragen om te adviseren over toelating van kinderen tot het speciale onderwijs.

**Wet voorzieningen gehandicapten**

Sinds 1 april 1994 heeft de gemeente de plicht te zorgen voor woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen aan gehandicapten die in de gemeente wonen, zodat zij aan het maatschappelijke verkeer kunnen deelnemen. Met de invoering van de WVG is de doelgroep

uitgebreid met inwoners ouder dan 65 jaar. De gemeente kan, binnen de wettelijke kaders, het pakket voorzieningen afstemmen op de lokale mogelijkheden. De voorzieningen die worden verstrekt dienen doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te zijn. De ondergrens van de voorzieningen die de gemeente biedt ligt bij de 'goedkoopst adequate voorziening'.

### **Besluit Gehandicaptenparkeerkaart**

Dit besluit regelt dat een gehandicaptenparkeerkaart niet afgegeven wordt alvorens een geneeskundig onderzoek heeft plaatsgevonden met betrekking tot de mate van de handicap van de aanvrager.

### **Wet ambulancevervoer**

De Wet ambulancevervoer verplicht de gemeente om samen te werken in centrale posten ambulancevervoer en in ambulancevervoer te voorzien als het particulier initiatief dat niet doet.

### **Wet rampen en zware ongevallen**

Deze wet beschrijft de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid van de gemeente bij de (voorbereiding van) rampen(bestrijding).

### **Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)**

In deze wet is de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen geregeld. De gemeente moet over rampenplannen beschikken. De verantwoordelijkheid voor de geneeskundige hulpverlening is in deze wet neergelegd bij het College van Burgemeester en Wethouders. De leiding van het geneeskundig deel uit het rampenplan berust bij de leiding van de GGD. Het betreft hier onder andere een procesverantwoordelijkheid van de GGD met betrekking tot de totale geneeskundige hulpverlening, inclusief voorbereiding.

### **Wet op de lijkbezorging**

In de wet op de lijkbezorging is geregeld hoe de gemeente, mede met het oog op de volksgezondheid, moet handelen bij overlijden, begraven en cremieren. Onder meer is de gemeente verplicht om te beschikken over een gemeentelijke lijkschouwer. Deze arts kan verklaringen afleggen over een (on)natuurlijke dood.

### **Wet ziekenhuisvoorzieningen / Wet Bouwbeheersing Zorgvoorziening**

Op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is de provincie verplicht om de gemeente te horen over conceptplannen voor ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen etcetera. Per 1 januari 1998 is deze wet vervangen door de Wet Bouwbeheersing Zorgvoorziening. In deze nieuwe wet worden de zorgaanbieders meer vrijheden veroorloofd bij hun bouwinitiatieven, maar wel binnen een strak financieel kader.

## **3 Wetten van invloed op de kwaliteit**

### **Kwaliteitswet zorginstellingen**

Deze wet bevat regels omtrent de wijze waarop de overheid de kwaliteit waarborgt van zorg, verleend door zorginstellingen. De wet draagt de gemeente op toezicht te houden op de kwaliteitszorg van instellingen die ze instandhoudt, zoals de GGD. De instellingen maken zelf kwaliteitsrapportages die worden beoordeeld door de Inspectie Volksgezondheid.

### **Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WBGO)**

Deze wet regelt allerlei aspecten met betrekking tot de relatie behandelend arts en patiënt en is ook analoog van toepassing op 'medische handelingen' waaronder het doen van onderzoek dat niet gericht is op behandeling, doch wel overeenkomstige kenmerken vertoont.

### **Wet Individuele Beroepsbeoefenaren Gezondheidszorg (BIG)**

De wet richt zich op registratie, bevoegdheid, status en kwaliteit van individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg alsmede op de toepassing van tuchtrecht op een aantal beroepen waaronder artsen en verpleegkundigen.



### **Wet op de uitoefening van de geneeskunst**

Hierin worden onder andere geneeskundigen en verloskundigen verplicht de burgemeester in kennis te stellen van hun vestiging i.c. vertrek uit de gemeente. Deze wet komt bij volledige invoering van de Wet BIG te vervallen.

### **Wet op de bevolkingsonderzoeken**

Deze wet stelt bijzondere eisen aan medische onderzoeken die aangemerkt dienen te worden als bevolkingsonderzoeken die uitgevoerd worden met behulp van ioniserende straling, dan wel betrekking hebben op kanker, ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is en stelt deze vergunningplichtig. Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker valt onder deze wet. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is nog experimenteel.

## **Bijlage 4: Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening uit de Nota Gehandicaptenbeleid Gemeente Schijndel (1999)**

### A. Overweging.

Afhankelijk van hun handicap zullen mensen met een handicap meer of minder een beroep moeten doen op instellingen op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Dit complexe terrein is de laatste jaren flink in beweging. Uitgaan van de vraagkant, persoonsgebonden budget, één loket, geïntegreerde indicatiestelling, regiovisie etc. zijn zaken waaraan op dit moment hard gewerkt wordt.

Op het gebied van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is een groot aantal instellingen actief, zoals thuiszorginstellingen, algemeen maatschappelijk werk, de gemeentelijke sociale dienst, sociaal cultureel werk, ziekenhuizen, verpleeghuizen, gezinsvervangende tehuizen, woon- en leefcentra, en dagopvang. Allen hebben hun eigen aanbod en daaraan gekoppelde (financiële) regelingen. Tegenwoordig probeert men steeds meer een antwoord te vinden op de vraag: hoe er, uitgaande van de vraag/behoefte van de cliënt, gekomen kan worden tot een op die vraag/behoefte afgestemd aanbod. Begrippen als “geïntegreerde indicatiestelling”, “persoonsgebonden budget” en “één loket” staan hierbij centraal.

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling op het gebied van thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen. Hiervoor zijn de nieuwe regionale indicatieorganen (RIO's) gevormd. Ook de indicatiestelling in het kader van de gehandicaptenzorg, waaronder de WVG, zal hier op termijn ondergebracht gaan worden.

### B. Gemeentelijke taken en verantwoordelijkheden.

Gemeenten krijgen een steeds grotere verantwoordelijkheid op dit gebied, met name een rol als regisseur, die alle partijen (zorgvragers, zorgaanbieders en financiers) aan tafel moet zien te krijgen en houden om tot goede afspraken met elkaar te komen. De gemeente zit hier in een dubbelrol. Enerzijds is zij vertegenwoordiger/belangenbehartiger van de vraagkant, anderzijds is zij financier en op bepaalde terreinen verantwoordelijk voor een goed zorgaanbod. De gemeente moet er op toezien dat met name de `zorg`-vraagkant op een volwaardige wijze deel kan nemen aan dit proces. Ook de rol en de positie van de mantelzorger dient hierin expliciet aan de orde gesteld te worden. Deze zaken worden steeds meer op regionaal niveau aangestuurd.

### C. Knelpunten in de gemeente Schijndel.

- Meer dan 10% is van mening dat men niet de hulp krijgt die men nodig heeft. Als redenen hiervoor worden aangegeven:
  - men vindt het moeilijk om hulp te vragen uit angst dat men dan “met de billen bloot moet”;
  - men weet niet waar men moet zijn om hulp te vragen;
  - de zorg is niet op maat (vraaggestuurd);
  - de hoge eigen bijdragen, zowel voor de zorgverlening als voor hulpmiddelen;
  - acute professionele hulpverlening is niet altijd even snel en goed geregeld;
  - hulpverleners zijn niet altijd goed op de hoogte van de handicap die men heeft en hoe daar vervolgens mee om te gaan. Dit komt vooral bij kinderen voor;
  - velen hebben naast de pure verzorging ook behoefte aan meer contact. Hiervoor is geen tijd (meer).

- Er wordt veel meer hulp verleend door de mantelzorg (zoals familie, kind(eren), partner, ouders, burens, vrienden en kennissen) dan door de (semi-)professionele hulp.
- Dat er bij mensen gevoelens van eenzaamheid zijn wordt onderschreven.
- Er zijn te weinig mogelijkheden voor individuele belangenbehartiging.
- Met betrekking tot kinderen met een handicap: er is geen gespecialiseerde oppas te krijgen die weet hoe om te gaan met bepaalde handicaps.
- Het hebben van een gehandicapt kind werkt voor de mantelzorgers (b.v. beide ouders) belemmerend in het kunnen onderhouden van sociale contacten (veel extra werk, strakke regelmaat, aan tijd gebonden, etc.). Het is zeer moeilijk, zo niet onmogelijk, om respijt-hulp te krijgen (b.v. iemand voor het weekend zodat de mantelzorgers er ook een keer tussenuit kunnen).
- Er is weinig begeleiding voor de mantelzorgers. De ambulante begeleiding (ook op school) is sterk op het kind gericht en niet op de mantelzorgers. Hieraan is wel behoefte.

#### D. Aanbevelingen voor gemeentelijk beleid.

- Er voor zorgen dat mensen met een handicap direct betrokken worden en blijven bij de ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Uitgangspunt hierbij moet blijven dat de hulpvrager centraal staat. Het gaat hierbij met name om de ontwikkelingen in het kader van de steeds verdergaande onafhankelijke geïntegreerde indicatiestelling, de verdere ontwikkeling van het Lokaal Loket Zorg en de betrokkenheid bij de ontwikkeling en uitvoering van de regiovisie.
- De totstandkoming en situering van het Lokaal Loket Zorg dient er toe bij te dragen dat de drempel om voorzieningen aan te vragen verlaagd wordt. Ook kan er een betere afstemming van voorzieningen plaatsvinden.
- Als mogelijkheden om iets aan de “eenzaamheid” te doen, worden genoemd:
  - meer service naar de wijken: gepleit wordt om meer te gaan werken vanuit wijkteams, die op allerlei terreinen werkzaamheden kunnen verrichten. Hierdoor kan een betere afstemming tot stand gebracht worden.
  - een meer persoonlijke benadering: mensen actiever uitnodigen om aan activiteiten deel te nemen.
- Nagegaan wordt op welke manier de extra kosten, tijdsinvestering, bereikbaarheid etc. van ouders met een kind met een handicap verlicht kunnen worden. Het is soms noodzakelijk, gezien de aard van de handicap, dat de mantelzorger altijd bereikbaar is.
- Er wordt een inventarisatie gemaakt van instanties, organisaties etc. die aan individuele belangenbehartiging doen. Met deze organisaties wordt bekeken op welke terreinen zij werkzaam zijn, waar overlappingen zitten en hoe activiteiten beter op elkaar afgestemd kunnen worden. Aanbevolen wordt om hiervoor een “objectief meldpunt knelpunten zorg” in te richten.
- Intermediairs spelen een belangrijke rol. Hun taken, verantwoordelijkheden en activiteiten dienen zeer goed in beeld gebracht en gefaciliteerd te worden om deze te kunnen gebruiken in de voorlichting en bij het opsporen van knelpunten.