

Nota lokaal gezondheidsbeleid

Hilvarenbeek

2004 tot en met 2007

‘Op uw gezondheid’

Colofon

Deze nota gezondheidsbeleid is een uitgave van de gemeente Hilvarenbeek,

Postbus 3

5080 AA Hilvarenbeek

bezoekadres: Vrijthof 10, Hilvarenbeek

Voor meer informatie:

Afdeling Welzijn, mevr. A. Douwes, beleidsmedewerkster volksgezondheid, (013) 5058351.

Gemeente Hilvarenbeek 2004.

Voorwoord

Vraag aan een inwoner uit Hilvarenbeek hoe het met hem gaat en het antwoord is bijna altijd: “goed” of “het kon slechter”! En gelukkig is dat waar. Want met de gezondheid van de meeste mensen gaat het goed. Maar als we preciezer naar de cijfers kijken, ontkomen we er niet aan ook een paar minder zonnige trends te signaleren. Uit de jeugdmonitor 2003 komt bijvoorbeeld naar voren dat er onder de jeugd meer (zeer) excessieve drinkers zijn dan in de regio Hart voor Brabant. Zo blijkt uit de gesprekken dat eenzaamheid niet alleen een probleem is onder ouderen, maar ook bij mensen in de leeftijd van 20 tot 65 jaar. Een ongezonde leefstijl wordt vaak niet herkend en overgewicht neemt zoals overal in ons land ook in onze gemeente toe. Ongezond gedrag blijkt de belangrijkste oorzaak van de stagnerende volksgezondheid.

Een goede gezondheid wordt door de meeste mensen als het belangrijkste in het leven gezien. Maar een goede gezondheid is niet vanzelfsprekend. Door onverwachte oorzaken kan ons leven/lichaam uit balans raken en gek genoeg krijgt gezondheid vaak pas echt aandacht, als het eigenlijk te laat is. We zijn dan overgeleverd aan allerlei instanties uit ‘zorgland’. Op dat moment is het belangrijk dat er in de gemeente (of de regio) een goed en bereikbaar aanbod van zorgvoorzieningen is, zowel in kwalitatief als in kwantitatief opzicht. Signalen die wijzen op lacunes in dit netwerk moeten dan ook worden opgepakt en zo mogelijk leiden tot concrete acties. In het kader van “voorkomen is beter dan genezen” heeft de gemeente de taak om preventieactiviteiten op te zetten, die bijdragen aan de gezondheid van haar burgers en dus aan een gezonde samenleving. De realiteit van een beperkt budget dwingt ons echter ook tot het stellen van reële en haalbare doelen en niet alles tegelijkertijd te willen. Dit betekent dat we duidelijke prioriteiten zullen moeten stellen en in veel gevallen zijn we gedwongen om ons te beperken tot faciliterend optreden.

Voor u ligt de ‘Nota Lokaal Gezondheidsbeleid Hilvarenbeek’ voor de jaren 2004 tot en met 2007, waarin de gemeentelijke beleidsuitgangspunten op het terrein van volksgezondheid in de meest brede zin geformuleerd zijn. Gezondheidsbeleid is immers integraal beleid, omdat het te maken heeft met veel andere beleidsterreinen, zoals o.a. milieu, ruimtelijke ordening, veiligheid, ouderen, onderwijs en jeugd. Deze nota is tot stand gekomen in nauw overleg met alle betrokken partijen in Hilvarenbeek. Ook de uitvoering van het Plan van aanpak, dat in hoofdstuk 4 is opgenomen, zal met de partners in het veld vanuit een gezamenlijke ambitie gerealiseerd worden, waarbij de ‘klant’ centraal staat.

Met “gezond verstand” leggen we de komende jaren in het belang van de hele Hilvarenbeekse gemeenschap “de vinger aan de pols”.

Kortom:

Op uw gezondheid !

C.W.F.M. van Mol,
Wethouder Gezondheidszorg



Samenvatting	7
1. De gemeente en gezondheid	11
1.1 Inleiding.....	11
1.2 Leeswijzer.....	11
1.3 Openbare gezondheidszorg: rol gemeente	11
1.4 Gezondheid	12
1.4.1 Determinanten van gezondheid	12
1.4.2 Van determinanten naar beleid	14
1.5 Kenmerken lokaal gezondheidsbeleid	14
1.6 Visie en doelstellingen gezondheidsbeleid	14
1.7 Maatschappelijke- en beleidsontwikkelingen	15
1.7.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	15
1.7.2 Beleidsontwikkelingen.....	16
2. Gegevens en ervaringen als basis	25
2.1 Inleiding.....	25
2.2 Lichamelijke- en geestelijke gezondheid.....	25
2.3 Leefstijl en gedrag	28
2.4 Fysieke en (psycho)sociale omgeving	32
2.5 Gebruik en toegankelijkheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen	34
2.6 Algemene problematiek.....	39
2.7 Sociaal Economische Gezondheidsverschillen.....	40
3. Aandachtspunten en prioriteiten	41
3.1 Inleiding.....	41
3.2 Aandachtspunten.....	41
4. Plan van aanpak	45
4.1 Inleiding.....	45
4.2 Budgettaire ruimte	45
4.3 Voortgang	45

Bijlage 1	Afkortingen
Bijlage 2	Knelpunten
Bijlage 3	Overzicht wet- en regelgeving
Bijlage 4	Gezondheid in cijfers
Bijlage 5	Geïnterviewde organisaties

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. De gemeente kan hier invloed op uitoefenen hier een rol in 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.

Om hieraan invulling te geven is het belangrijk om een visie op onze taak en op gezondheid te formuleren.

Visie

In de nu voorliggende nota leggen wij ons beleid voor de komende vier jaar vast. Dit doen wij vanuit de visie dat het daarbij niet gaat om een ideale situatie van burgers die nooit ziek zijn en een samenleving waarin nooit iets mis is. Wat wij wel belangrijk vinden is dat mensen positieve keuzes kunnen maken over hun eigen gedrag, invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en dat ze (indien nodig) gepaste en betaalbare zorg ontvangen. Voor de burger zelf is gezondheid vaak geen doel op zich, maar een voorwaarde tot geluk, mobiliteit en werk. Deze ‘gezondheidsbeleving’ wordt dan ook vaak als maat voor gezondheid genomen.

Definitie

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.

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, onderwijsbeleid en lokaal sociaal beleid. Soms wordt het

gezondheidsaspect impliciet meegenomen, vaak ook niet. Wij vinden het van belang om met deze nota gezondheidsaspecten duidelijker op de kaart te zetten en daarmee een beleidskader te schetsen waaraan beleid getoetst kan worden.

Doelstellingen

Uitgaande van onze visie en de brede definitie van gezondheid stellen wij ons voor de komende vier jaar tot doel om:

- invulling te geven aan de gemeentelijke regie op het gezondheids- en zorgbeleid;
- een bijdrage te leveren aan een toegankelijke en bereikbare gezondheidszorg cq. (zorg)voorzieningen voor iedereen;
- gezond gedrag bij de jeugd van 10 tot en met 18 jaar te bevorderen, waarbij het stimuleren van de eigen bewustwording en van de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl met name aandacht zullen krijgen;
- speciale aandacht te geven aan ouderen en mensen met beperkingen;
- de accommodatieproblematiek aan te pakken.

In het Plan van aanpak (hoofdstuk 4) zijn deze doelstellingen concreet vertaald in acties. Daarbij is aansluiting gezocht bij de knelpunten (bijlage 2) zoals deze in het proces van totstandkoming van deze nota naar voren zijn gebracht.

Interactief traject

De nota lokaal gezondheidsbeleid Hilvarenbeek is in een tweetal fases tot stand komen. In de eerste fase zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties en onderzoeken en nota's geanalyseerd om zo een beeld te krijgen van de gezondheid in Hilvarenbeek. De knelpunten die uit deze informatieverzameling naar voren zijn gekomen, zijn tijdens de informatieavond van 3 december 2003 voorgelegd aan een breed publiek. Ook na deze informatieavond zijn nog enkele gesprekken gevoerd. In de tweede fase is het plan van aanpak met betrokken partijen verder besproken.

Knelpunten

Op grond van onder andere de reacties op de informatieavond, de prioriteiten die wij al in de startnotitie hebben vastgesteld, de haalbaarheid, de beschikbare tijd en middelen hebben wij ervoor gekozen om de volgende knelpunten als actiepunten in de periode 2004-2008 met voorrang aan te pakken. Hierbij is de door ons geformuleerde visie op gezondheidsbeleid en gezondheid (brede definitie) uitgangspunt geweest. Tevens is aansluiting gezocht bij de geformuleerde doelstellingen.

1. Invulling geven aan de gemeentelijke regie op het gezondheids- en zorgbeleid

- raadsvoorstellen toetsen op gezondheidseffecten;
- ontwikkeling visie wonen, welzijn en zorg:
 - A. op basis waarvan nieuwe initiatieven op dit terrein (zoals bijv. woon/zorgcomplexen) integraal getoetst kunnen worden;
 - B. waarin op termijn de Wet Maatschappelijke Ondersteuning geïntegreerd zal worden;

- deze visie concreet te vertalen in een uitgewerkt plan per kern;
 - in een van de kleine kernen te starten met een pilot service-/dienstencentrum en aande hand van een evaluatie hiervan zullen wij ook in de andere kernen een dergelijk centrum opzetten;
 - een basisniveau/-pakket voor welzijns- en zorgproducten vast te stellen dat op termijn uitgebreid kan worden met taken ingevolge de Wet Maatschappelijke Ondersteuning;
 - een behoefteonderzoek uit te voeren naar de realisatie van ‘zorg op afroep’;
 - bevorderen van de totstandkoming van een integrale JGZ;
 - vormgeven aan de regierol Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg (OGGZ) door het formuleren en uitvoeren van OGGZ-beleid en deelname aan het Platform OGGZ.
2. *Een bijdrage te leveren aan een toegankelijke en bereikbare gezondheidszorg cq. (zorg)voorzieningen voor iedereen*
- de continuïteit van de eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen o.a. door de bereikbaarheid van huisartsen buiten kantooruren te bevorderen en te stimuleren;
 - de mogelijkheden van een zorgloket te onderzoeken;
 - voorbereiden en implementeren Wet maatschappelijke ondersteuning.
3. *gezond gedrag bij de jeugd van 10 tot en met 18 jaar te bevorderen, waarbij het stimuleren van de eigen bewustwording en van de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl met name aandacht zullen krijgen*
- voorlichtingsproject over alcohol en drugs voor groep 8 van de basisschool, de jeugd van 12-18 jaar en hun ouders (Be Smart);
 - uitvoeren preventieprojecten ‘Doe effe normaal’ en ‘Gezonde school en genotmiddelen’;
 - stimuleren van deelname aan sport (met name binnen het kader van de breedtesport);
 - terugdringen psychosociale problematiek;
 - speelruimteplan opstellen;
 - consequenties van de Wet op de jeugdzorg in beeld brengen en zorg dragen voor de uitvoering ervan.
4. *speciale aandacht voor ouderen en mensen met beperkingen*
- project welzijnsbezoek aan ouderen starten om de behoeften van ouderen in beeld te brengen;
 - in De Eenhoorn een zorgfunctie realiseren;
 - in De Clossenborch een ontmoetingsfunctie realiseren;
 - onderzoeken behoefte aan lokale werkgroep mantelzorg;
 - alle ruimtelijke, bouw- en infrastructurele plannen voorleggen aan het gehandicaptenplatform;
 - stimuleren van deelname aan sport (met name binnen het kader van de breedtesport).
5. *Accommodatieproblematiek*
- accommodatieproblematiek Elckerlijc en de jongerencentra oplossen.

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 deze 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 bevolking van Hilvarenbeek 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. Tenslotte zijn deze prioriteiten vertaald in een plan van aanpak voor de jaren 2004 tot en met 2007 in hoofdstuk vier.

1.3 Openbare gezondheidszorg: rol gemeente

Het Platform Openbare Gezondheidszorg gaf de volgende definitie van Openbare Gezondheidszorg: ‘OGZ bevat die delen van de gezondheidszorg en openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid’. 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 infectieziektebestrijding, 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:

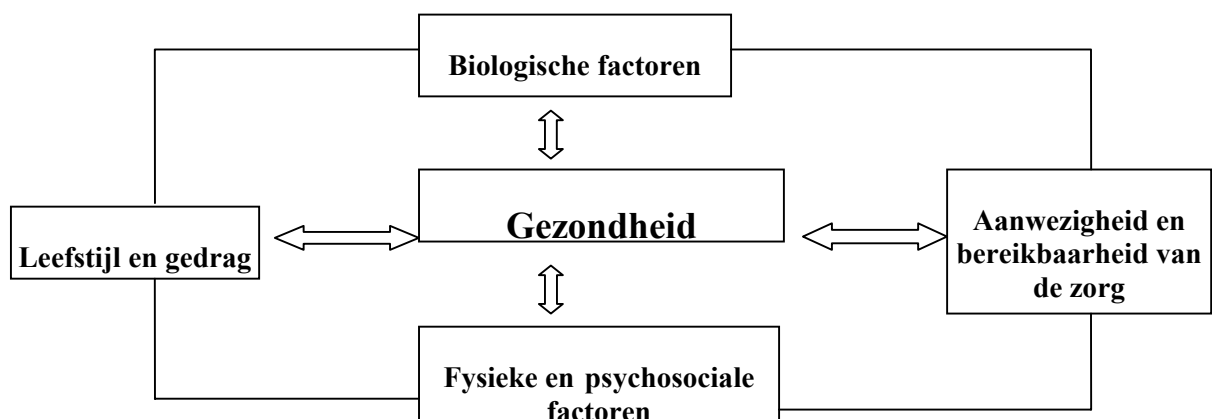
Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte.

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 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.
- < Fysieke- en sociale omgeving:
milieuverontreiniging, geluidsoverlast, speel- en groenvoorzieningen, het gezin en de sociaal-economische status (o.a. inkomen en opleiding).
- < Leefstijl en gedrag: gebruik van genotmiddelen, voedingspatroon en (on)voldoende beweging
- < Zorgsysteem:
de aanwezigheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van allerlei zorgvoorzieningen.

In meer of mindere mate, direct of indirect kan de gemeente invloed uitoefenen op deze determinanten. 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.

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 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.

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 zoveel als mogelijk 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, Thebe voor wat betreft de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen, 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) en het flankerend ouderenbeleid, zoals de maaltijddienst en de sociale alarmering. 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. Ook heeft de gemeente de mogelijkheid om de (fysieke) bereikbaarheid van voorzieningen te beïnvloeden.

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, volkshuisvesting, welzijnsbeleid, ouderenbeleid, 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 en 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.

1.6 Visie en doelstellingen gezondheidsbeleid

In de nu voorliggende nota leggen wij ons beleid voor de komende vier jaar vast. Dit doen wij vanuit de visie dat het daarbij niet gaat om een ideale situatie van burgers die nooit ziek zijn en een samenleving waarin nooit iets mis is. Het is wel belangrijk dat mensen positieve keuzes kunnen maken over hun eigen gedrag, invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en dat ze (indien nodig) gepaste en betaalbare zorg ontvangen. Voor de burger zelf is gezondheid vaak geen doel op zich, maar een voorwaarde tot geluk, mobiliteit en werk. Deze ‘gezondheidsbeleving’ wordt dan ook vaak als maat voor gezondheid genomen.

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

- invulling te geven aan de gemeentelijke regie op het gezondheids- en zorgbeleid;
- een bijdrage te leveren aan een toegankelijke en bereikbare gezondheidszorg cq. (zorg)voorzieningen voor iedereen;
- gezond gedrag bij de jeugd van 10 tot en met 18 jaar te bevorderen, waarbij het stimuleren van de eigen bewustwording en van de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl met name aandacht zullen krijgen;
- speciale aandacht hierbij te geven aan ouderen en mensen met beperkingen;
- de accommodatieproblematiek aan te pakken.

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 Hilvarenbeek ziet er als volgt uit met daarbij de onderverdeling naar de diverse kernen van de gemeente:

Leeftijd	Hilvarenbeek Totaal		Biest- Houtakker	Diessen (incl. Baarschot)	Esbeek	Haghorst	Hilvarenbeek (kern)
0-19 jaar	4.003		253	952	327	254	2.217
20-49 jaar	6.106		354	1.434	475	378	3.405
50-64 jaar	3.040		126	727	226	171	1.790
65-75 jaar	1.184		56	277	71	32	748
75 en ouder	679		20	141	27	24	467
Totaal	15.012		809	3.591	1.126	859	8.627

Bron: Gemeentelijke Basis Administratie

In het kader van deze nota is het niet alleen van belang naar de demografische ontwikkelingen te kijken. Maar ook naar de aard en inhoud van de vraag naar zorg van de diverse leeftijdsgroepen. Dus niet alleen hoeveel 75+ers zijn er, maar ook wat weten we van de behoefte van deze groep op de terreinen zorg, wonen en welzijn.

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-psychiatrische 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 Hilvarenbeek is het aandeel van de groep allochtonen relatief laag, het gaat om 6 % van de bevolking (per 1-1-2000) (Bron: 'Gemeente op maat 2002 Hilvarenbeek', CBS, Voorburg 2003).

Economische ontwikkelingen

Het besteedbare inkomen van de inwoners van Hilvarenbeek is gemiddeld iets lager dan het landelijk gemiddeld besteedbare inkomen. Landelijk was dat in 2000 € 11.000,-, in Hilvarenbeek was dat € 10.600. Van de personen met een inkomen is in 2000 13,3% zelfstandige, 68 % werknemer, 19,2% pensioenontvanger en 6,6% overig niet-actief (werkloos, arbeidsongeschikt, bijstand). (Bron: 'Gemeente op maat 2002 Hilvarenbeek', 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 8,4 en de buurt met het cijfer 8,3. Ook uit de gevoerde gesprekken blijkt dat de inwoners van de gemeente Hilvarenbeek als een prettige gemeente om te wonen ervaren.

1.7.2. Beleidsontwikkelingen

a. Landelijke (beleids-)ontwikkelingen

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.

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 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. 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 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 inmiddels klaar. Er zijn een drietal speerpunten van beleid geformuleerd: roken, overgewicht en diabetes (suikerziekte).

Vermaatschappelijking van de zorg en extramuralisering

De afgelopen jaren is er landelijk gezien op het terrein van de volksgezondheid veel veranderd. De nadruk wordt steeds meer gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van burgers en het bevorderen van maatschappelijke participatie, het versterken van de positie van het lokale bestuur en de vermaatschappelijking van de zorg. Met deze laatste ontwikkeling wordt de zorg niet meer binnen de muren van de instelling verleend, maar steeds meer in de normale woonomgeving (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 in iedere wijk steeds meer bewoners zijn die voorheen in een instelling woonden en nu in de wijk een beroep op de algemene voorzieningen van de gemeente op het terrein van welzijn, zorg, recreatie en educatie. Deze voorzieningen zullen dus ook voor ouderen en gehandicapten toegankelijk moeten zijn. Voor bijvoorbeeld de huisartsen en andere zorgverleners 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 steeds meer de functie van ‘spin in het web’ voor de openbare gezondheidszorg door de rijksoverheid

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.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Het kabinet heeft besloten tot een nieuw stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Een nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zal de lichtere vormen van hulp en ondersteuning door gemeenten laten organiseren. De AWBZ komt straks pas in beeld als 'zware zorg' is vereist: professionele zorg en verpleging.

Daarnaast vindt het kabinet dat mensen zolang mogelijk zelfstandig moeten kunnen functioneren. Daarvoor is het belangrijk dat de verschillende zorg- en ondersteuningsvoorzieningen samenhang vertonen en in de directe omgeving van mensen te krijgen zijn. Ook wanneer er als gevolg van de vergrijzing en extramuralisering meer mensen een beroep doen op zorg, moet de kwaliteit behouden blijven. De overheid moet dit streven zien te realiseren en wordt tegelijkertijd geconfronteerd met de sterk groeiende uitgaven in de zorg en de druk op de arbeidsmarkt in de zorgsector.

De belangrijkste reden voor de stelselherziening is om een einde te maken aan de onduidelijkheid voor de burger. Door een veelvoud aan loketten, bureaucratie en een onduidelijke rolverdeling tussen gemeente en het rijk is het voor de burger niet altijd duidelijk waar hij moet aankloppen voor hulp.

Het kabinet maakt vanaf 2006 met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning een strikt onderscheid tussen 'zorg' en 'maatschappelijke ondersteuning'. Zorg valt na invoering van de WMO onder de AWBZ en behelst alleen nog de langdurige zorg voor chronisch zieken, gehandicapten, chronisch psychiatrische patiënten en ouderen. Maatschappelijke ondersteuning valt straks onder de nieuwe WMO en gaat over de ondersteuning en begeleiding die het mensen mogelijk moet maken om volwaardig aan de maatschappij deel te nemen. Met de nieuwe WMO kan de gemeente ondersteuning logischer, betaalbaar en lokaal regelen. Als de Tweede Kamer akkoord gaat, zal de WMO vanaf 2006 stapsgewijs ingevoerd worden. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de WMO komt bij de gemeenten te liggen.

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.

Wet op de Jeugdzorg

M.i.v. 1 januari 2005 treedt de nieuwe wet op de jeugdzorg in werking. In deze nieuwe wet krijgt de lokale overheid de regie in de totale keten van jeugdbeleid naar jeugdzorg en is verantwoordelijk voor een sluitende aanpak rondom kind, ouders en gezin. In de wet worden 5 functies van opvoed-, opgroei- en gezinsondersteuning genoemd, waarbij de gemeente de volgende taken krijgt toebedeeld: informatie, signalering, beoordeling en toeleiding naar het lokale aanbod, pedagogische hulp (advisering en licht ambulante hulpverlening) en de coördinatie van zorg op lokaal niveau (gezinscoaching).

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.

Algemene Gezondheidszorg

De minister wil een aantal zaken rond infectieziektebestrijding centraler gaan aansturen en financieren. Voorbeelden: de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen en het versterkingsproject voor de bestrijding van infectieziekten. De aanleiding ligt in de stijging van deze ziekten en ook in de complexiteit ervan (SARS). De gevolgen van dit voornemen in 2005 worden in de komende maanden duidelijk. Daarnaast worden in 2005 de gevolgen duidelijk van het landelijke versterkingsproject van de medische milieukunde, met meer aandacht voor proactieve taken, zoals gezondheid in het gemeentelijke ruimtelijke ordeningsbeleid. In de Infectieziektewet en de Quarantainewet zijn de bevoegdheden en plichten van het lokale bestuur neergelegd (zie bijlage 3).

Tabakswet

Diverse organisaties zijn betrokken bij maatregelen en interventies op het gebied van het ontmoedigen van rookgedrag. Het ontmoedigen van rookgedrag krijgt hoge prioriteit in de preventienota van het ministerie van VWS. Met name de bescherming van de niet-roker en het voorkomen dat jongeren gaan roken staan hoog op de agenda. In dit kader is door het ministerie van VWS dan ook de Tabakswet vastgesteld. Belangrijke punten uit die wet zijn dat in overheidsgebouwen en inrichtingen voor bijvoorbeeld gezondheidszorg, cultuur, sport, welzijn en onderwijs een rookverbod geldt voor publiek toegankelijke ruimten, een verbod op de verkoop van tabaksartikelen in overheidsgebouwen en vanaf 1 januari 2004 het recht van iedere werknemer op een rookvrije werkplek.

De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) heeft als taak het toezicht houden op het handhaven van de Tabakswet. De Keuringsdienst van Waren (KvW), onderdeel van de

VWA, controleert of de bedrijven in de hele productieketen zich houden aan de eisen die de Tabakswet stelt. Ook houdt de KvW toezicht op rookverboden in openbare ruimtes.

b. Regionale (beleids-)ontwikkelingen

Regiovisies

De regiovisie is het instrument waarin de provincie gezamenlijk met gemeenten, patiënten- en consumentenorganisaties, aanbieders van zorg, zorgverzekeraars, woningcorporaties 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
- d. Regiovisie gehandicapten

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 voorbereiding op rampenbeheersing is een taak van het lokale bestuur. Het gezag over optreden bij crises berust bij de burgemeester. De financiering van de GHOR geschiedt via rijks- en gemeentelijke bijdragen (zie bijlage 3 voor Wet GHOR).

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. Het gaat hierbij om individuen met ernstige psychische problematiek die veel overlast veroorzaken en die zichzelf en/of anderen in gevaar brengen, maar zelf geen directe hulpvraag hebben. De betrokkenheid die de gemeente heeft met de OGGZ, is vastgelegd in de WCPV. In de eerste plaats is de gemeente verantwoordelijk voor de gezondheid en het welzijn van de 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.

Hilvarenbeek heeft in 2002 samen met de andere Midden-Brabantse gemeenten en de uitvoerende en verantwoordelijke partijen die participeren in het OGGZ-platform een convenant tot samenwerking afgesloten.

Huiselijk geweld

Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer wordt gepleegd. Hieronder vallen lichamelijke en seksuele geweldpleging, belaging en bedreiging. Uit diverse landelijke onderzoeken blijkt dat huiselijk geweld op grote schaal voorkomt. Slechts in een gering aantal gevallen wordt aangifte gedaan. Een kenmerk van huiselijk geweld is dat dader en slachtoffer vaak deel blijven uitmaken van elkaars leefomgeving. Huiselijk geweld is vaak van structurele aard en heeft een hoog recidiverisico. Kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld ondervinden daarvan veelal schadelijke gevolgen. Huiselijk geweld is de meest voorkomende geweldsvorm in onze samenleving. In de kabinetsnota 'Privé geweld, publieke zaak' van 2 april 2002' wordt een integrale aanpak onder regie van de gemeente bepleit om huiselijk geweld beter te kunnen bestrijden. Uitgangspunt hierbij is dat het geweld moet stoppen.

In de in het kader van de nota gevoerde gesprekken is door het maatschappelijk werk geconstateerd dat huiselijk geweld ook in Hilvarenbeek toeneemt. Op dit moment vinden gesprekken plaats op regionaal niveau om de gemeenten in de regio Midden-Brabant aan te laten sluiten bij het project Steunpunt Huiselijk Geweld van de gemeente Tilburg.

c. Lokale (beleids-)ontwikkelingen

Dorpenontwikkelingsplannen

In 2001 zijn de knelpunten en wensen in de zes kernen geïnventariseerd. De mensen uit de zes kernen hebben zelf uitgesproken wat volgens hen voor hun kern leefbaarheid op de langere termijn betekent en wat daar voor nodig is. Er is dus een 'leefbaarheidsagenda' (dorpenontwikkelingsplan) opgesteld door de bewoners zelf.

Beleidsprogramma Hilvarenbeek 2002-2006, Werk in uitvoering

In het beleidsprogramma is een aantal passages opgenomen die kaders aan deze gezondheidsnota geven. Deze betreffen de volgende onderwerpen:

- Dorpenontwikkelingsplannen

Ook in dit beleidsprogramma staan de Dorpenontwikkelingsplannen centraal. De volgende passage is opgenomen: ' De ontwikkelingen in alle kernen van de gemeente zijn gebaseerd op de behoeften van de mensen die daar wonen en worden mede bepaald door de manier waarop zij bij die ontwikkelingen betrokken worden. De dorpenontwikkelingsplannen die met de inbreng van de inwoners zijn opgesteld, zijn richtinggevend voor het toekomstige beleid. Raad en college zullen binnen de plannen voor de verschillende kernen prioriteiten en

faseringen aangeven en aldus een ‘leefbaarheidsagenda’ voor de gehele gemeente voor de komende 15 jaar opstellen.

Inmiddels is op basis van de zes afzonderlijke dorpenontwikkelingsplannen een koepelplan voor de hele gemeente Hilvarenbeek opgesteld. Daarin is ook de standpuntbepaling van het college van maart 2002 verwerkt. Op basis van de geconstateerde problemen, het geschetste wensbeeld voor 2015 en de geopperde oplossingen om dit wensbeeld te realiseren is een leefbaarheidsagenda opgesteld en op 19 december 2002 vastgesteld door de raad. In deze leefbaarheidsagenda zijn diverse maatregelen opgenomen die van invloed zijn op het lokale gezondheidsbeleid en er ook onderdeel van uitmaken.

- Het gezin

Daar waar normen, waarden en opvoeden een deel van het beleid zijn, indien van toepassing een aparte paragraaf opnemen waarin de rol van het gezin beschreven wordt.

- Ouderen

‘Hilvarenbeek zal zich de komende periode moeten voorbereiden op de vergrijzing die zal gaan plaatsvinden. De komende periode willen we de ouderen de aandacht geven die ze verdienen. Het streven moet zijn om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Om deze reden zal een samenhangend ouderenbeleid worden opgezet. Het ouderenbeleid is een beleid voor en door ouderen. Te denken valt daarbij aan onderwerpen als zorg, wonen en welzijn. Een zorgloket zal, indien mogelijk, onderdeel uitmaken van het ouderenbeleid. Zorg op maat is hier het uitgangspunt.’ College biedt raad uiterlijk in 2004 notitie aan over ouderenbeleid. Inmiddels is dit uitgesteld naar 2005.

Met deze nota lokaal gezondheidsbeleid waarin extra aandacht voor de doelgroep ouderen wordt al voor een groot deel invulling gegeven aan het ouderenbeleid.

- Lokaal gezondheidsbeleid/Centrale Huisartsen Post (CHP)

‘Het is van groot belang de versnippering in de zorg tegen te gaan. Om deze reden wordt in deze periode een integraal lokaal gezondheidsbeleid opgezet. Hierbij zullen alle doelgroepen en aspecten die te maken hebben met gezondheid betrokken worden. De invoering van de Centrale Huisartsenpost heeft onder de bevolking sterke gevoelens van onrust en ontevredenheid veroorzaakt. De gemeente zal richting de bevoegde instanties stappen ondernemen om te komen tot een beter bereikbare CHP.’

- Sport

De nota Breedtesport dient als uitgangspunt voor het op te zetten sportbeleid. Het sportbeleid moet een bijdrage leveren aan het actief promoten van de sportbeoefening in het algemeen (uiterlijk 2003 notitie over sportbeleid, als vervolg op de nota Breedtesport Impuls Hilvarenbeek 2002 – 2007).

In de “Breedtesport Impuls Hilvarenbeek 2002-2007” is als algemene doelstelling van dit project geformuleerd:

“Optimaliseren van het georganiseerde sportaanbod en ongebonden sport- en bewegingsactiviteiten in de gemeente Hilvarenbeek, gericht op het tot stand brengen van een samenhangend sportbeleid.”

Binnen deze algemene doelstelling zijn de volgende subdoelstellingen te onderscheiden:

- Het inrichten van de sportinfrastructuur op de “ongebonden sporter” aangepast aan de wensen/behoefte van de gebruikers (skatebaan, speelplekken en sportpleintjes) in de wijken”;
- Het organiseren en coördineren van buurtsport activiteiten (sportstimulering, Jeugdparticipatie-WhoZnext);
- Sportdeelname van doelgroepen waaronder ouderen en mensen met een handicap bevorderen (sportstimulering);
- Het faciliteren en moderniseren van de georganiseerde sportaanbieders (verenigingsondersteuning);
- Scholing en begeleiding van vrijwilligers (deskundigheidsbevordering).

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 Hilvarenbeek 1996’ en het Uitvoeringsbesluit ‘Nadere regels kindercentra 1996’ vastgelegd, dat jaarlijks door een bevoegde instantie een controle plaats moet vinden op de naleving van de hygiëne en veiligheid. De voorwaarden en regels worden in grote lijnen 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.

2. Gegevens en ervaringen als basis

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de gezondheid van de bevolking van Hilvarenbeek 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 andere organisaties te omschrijven zijn:

- beleidsstukken van (zorg)organisaties op verschillende beleidsterreinen;
- nota's van de gemeente Hilvarenbeek:
 - Nota Harmonisatie subsidiebeleid 1998
 - Nota integraal jeugdbeleid 2001
 - Nota Peuterspeelzaalwerk 2002
 - Nota evaluatie subsidiebeleid 2002
 - Milieubeleidsplan 2002 – 2005
 - Beleidsprogramma 2002 – 2006 ‘Werk in uitvoering’
 - Dorpenontwikkelingsplannen/ Leefbaarheidsagenda
 - Breedtesport Impuls Hilvarenbeek 2002 - 2007
- gezondheidsonderzoeken:
 - jongeren en genotmiddelen, 1999 GGD Midden Brabant;
 - gezondheidsonderzoek volwassenen 2001 van de GGD Hart voor Brabant;
 - ziekte en sterfte in de regio Hart voor Brabant, GGD rapport juli 2003 en
 - het gezondheidsprofiel dat de GGD Hart voor Brabant op basis van o.a. deze drie voorgaande onderzoeken van Hilvarenbeek in 2003 heeft gemaakt (zie bijlage 4);
 - jeugdmonitor 2003 12 t/m 17 jaar;
- informatie die uit de diverse (groeps-) interviews naar voren is gekomen. De interviews zijn gehouden met vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties uit de gemeente Hilvarenbeek op het gebied van gezondheidszorg en wonen, welzijns-, jeugd- en ouderenorganisaties, basisscholen en vrijwilligersverenigingen.

2.2 Lichamelijke- en geestelijke gezondheid

Ziekte en sterfte

Belangrijke indicatoren voor de gezondheidstoestand zijn sterftecijfers naar doodsoorzaak en de ziekenhuisontslag-diagnose cijfers. In Hilvarenbeek is er ten opzichte van Nederland sprake van een lagere sterfte bij vrouwen voor ziekten van het hart vaatstelsel, voor overige doodsoorzaken en voor totale sterfte.

Levensverwachting

De levensverwachting voor mannen in de regio van de GGD Hart voor Brabant is 74.0-74.5 jaar (landelijk gemiddeld 75.0 jaar), voor vrouwen in de regio is de levensverwachting 80.0-81.0 jaar (landelijk gemiddeld 80.5 jaar).

Gezondheidsbeleving

Van de volwassenen in Hilvarenbeek ervaart 13% zijn gezondheid als slecht. Dit is gelijk aan de regio Hart voor Brabant. In de regio Midden Brabant ervaart 14% van de volwassenen zijn gezondheid als slecht.

Over de gezondheidsbeleving van jongeren (12 t/m 17 jaar) is uit de jeugdmonitor 2003 bekend dat 14% de gezondheid als matig/slecht ervaart en 86% als goed. In de regio Hart voor Brabant zijn deze percentages respectievelijk 16% en 84%.

Ziekenhuisontslagdiagnoses

Voor mannen is er sprake van een verhoogd totaal aantal ziekenhuisopnamen (+12%). Bovendien is er voor beide geslachten sprake van een verhoogd aantal ziekenhuisopnamen voor 'nieuwvormingen' en voor 'ziekten van het bewegingstelsel en bindweefsel' en een verlaagd aantal 'bijzondere opnamen'. Voor mannen wordt er een verhoogd aantal opnamen gevonden voor 'ziekten van het hart vaatstelsel' en voor 'ziekten van de ademhalingswegen' en een verlaagd aantal opnamen voor 'psychische stoornissen'. Voor vrouwen wordt er een verhoogd aantal opnamen gevonden voor 'ziekten van zenuwstelsel en zintuigen' en een verlaagd aantal opnamen voor 'ziekten van bloed en bloedvormende organen, voor 'ziekten van huid en subcutis' en voor 'symptomen van onvolledig beschreven ziektenbeelden'.

Overgewicht

In Hilvarenbeek is bij 44% van de volwassenen sprake van (ernstig) overgewicht. Hilvarenbeek wijkt hierin niet af van de regio Hart voor Brabant. In de regio Midden Brabant is het percentage volwassenen met (ernstig) overgewicht 45%. Mannen hebben in het algemeen meer last van matig tot ernstig overgewicht dan vrouwen. Het percentage met overgewicht stijgt met de leeftijd. Ernstig overgewicht (zwaarlijvigheid/obesitas) komt voor bij 9% van de mannen en 11% van de vrouwen in de regio Hart voor Brabant. De trend onder volwassenen is bij de huisartsen bekend. En ook vanuit de ouderen en de gehandicapten is overgewicht een herkenbaar fenomeen. In de voorlichtingsactiviteiten voor ouderen rondom "artrose" wordt ook aandacht aan overgewicht geschonken.

Uit de diverse gesprekken die zijn gevoerd blijkt dat het probleem overgewicht in deze mate ook wordt herkend. De Jeugdgezondheidszorg van de GGD ziet, in navolging van de landelijke trend, ook in Hilvarenbeek een toename van gewicht onder de kinderen. Het gaat dan om de basisschooljeugd. Uit de jeugdmonitor 2003 blijkt dat 12% van de 12 t/m 17 jarigen overgewicht heeft en bij 3% sprake is van obesitas. Beide percentages zijn hoger dan die in de regio Hart voor Brabant (resp. 10% en 2%). In de gesprekken met de kinderdagverblijven, de jeugdgezondheidszorg van Thebe (consultatiebureaus) en het basisonderwijs werd een dergelijke ontwikkeling niet gezien. In 2005 zal de jeugdmonitor 0-

11 jarigen door de GGD uitgevoerd worden. Op dat moment zal meer inzicht ontstaan in het fenomeen overgewicht bij kinderen.

Geestelijke gezondheid

In het algemeen is er een toename te zien in het aantal mensen dat aangeeft met psychosociale problemen te kampen te hebben. In alle leeftijdsgroepen geven meer vrouwen dan mannen aan minder goed dan gewoonlijk psychisch te functioneren. In de groep vrouwen van 20 tot 30 jaar is het percentage het hoogst, namelijk 43%. De meest voorkomende klacht is het gevoel voortdurend onder druk te staan. Hilvarenbeek wijkt bij het psychisch functioneren hierin niet af van de regio.

Van de volwassen bevolking van Hilvarenbeek ondervond 31% problemen in het psychisch functioneren in de vier weken voorafgaand aan de volwassenenenquête. In de regio Midden Brabant was dit percentage 34%, in de regio Hart voor Brabant 32%. Het maatschappelijk werk constateert dat er een toename is van het aantal mensen dat de regio over het eigen leven kwijt is.

De jongeren van 12 t/m 17 jaar hebben significant minder vaak één of meer problemen die dag en nacht spelen dan de jongeren in de regio Hart voor Brabant, respectievelijk 8% en 12%. De problemen top drie voor de Hilvarenbeekse jeugd is: schoolprestaties/cijfers, keuzes die zij moeten maken en het uiterlijk.

Chronische aandoeningen en klachten

In de regio Hart voor Brabant blijkt 62% minimaal één chronische ziekte of aandoening te hebben. Tweederde van deze groep is hiervoor in het afgelopen jaar onder behandeling of controle van een arts geweest.

Migraine of ernstige hoofdpijn worden het meest gerapporteerd (20%), gevolgd door allergie (15%) en aandoeningen van het bewegingsapparaat (nek/schouder 15% of rug 14%). Eén op de tien mensen heeft last van hoge bloeddruk. Migraine of ernstige hoofdpijn komt niet voor in de top 6 van chronische aandoeningen waarvoor de respondenten in het afgelopen jaar onder behandeling van een arts zijn geweest. Blijkbaar wordt deze aandoening wel door veel mensen gerapporteerd maar is het gros van de mensen (75%) hiervoor niet bij een arts geweest.

Een belangrijke indicator voor chronische aandoeningen is of mensen er in hun dagelijks leven, gezinsleven of vrije tijd door belemmerd worden. In de groep mensen met een chronische aandoening is 14% in Hilvarenbeek hierdoor ernstig belemmerd. In de totale bevolking van de regio Midden-Brabant en ook de regio Hart voor Brabant is dit bij 9% het geval, in Hilvarenbeek bij 8% van de totale bevolking.

Ongevallen

In de volwassenenenquête is gevraagd of de respondent recentelijk een ongeluk of blessure heeft gehad. Sportblessures komen het meest voor (Hilvarenbeek 8%, regio Hart voor Brabant 6%). Bij sportongevallen geldt, hoe ouder, hoe minder gevallen.

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 Hilvarenbeek het volgende gebleken.

Voeding

De algemene tendens in Nederland is dat men in toenemende mate onregelmatig, eenzijdig en ongezond eet. Landelijk wordt een spectaculaire toename gezien van het aantal jeugdigen met overgewicht, met bewezen risico's voor de gezondheid.

Vanuit de peuterspeelzalen en de basisscholen wordt het fruiteten gestimuleerd. Beide constateren een toename van het eten van koeken en snoep. Er is door basisschool St. Jozef een onderzoekje onder de kinderen op deze school gedaan waaruit bleek dat 30% van de kinderen 's-morgens niet ontbijt. Dat zijn dan vooral de kinderen uit de groepen 6, 7 en 8. Van deze groep is 30% 's-morgens alleen thuis.

Uit de jeugdmonitor blijkt dat 56% van de jongeren van 12 t/m 17 jaar niet dagelijks groente eet en 12% minder dan vijf keer per week ontbijt. Beide cijfers wijken in positieve zin significant af van de regio Hart voor Brabant. Daar zijn de percentages namelijk respectievelijk 63% en 18%.

Het zou volgens de jgz van de GGD goed zijn om wat meer aandacht te schenken aan activiteiten op school rondom voeding, overgewicht en bewegen. De basisscholen hebben aangegeven dat zij al veel aandacht aan gezondheid in de brede zin geven. Het staat alleen niet allemaal op papier. Voor nieuwe activiteiten geldt altijd dat er een groot aanbod op allerlei vlak is waar de school uit kan kiezen en tijd en middelen beperkt zijn. Op het moment dat activiteiten in een groter verband worden aangeboden, zoals bijvoorbeeld 'doe effe normaal', is het aantrekkelijker voor de school om te participeren.

Uit de volwassenenenquête blijkt dat, volgens de Richtlijnen goede voeding, 84% van de inwoners van Hilvarenbeek onvoldoende groente en fruit eet. In de regio Midden-Brabant is dit 86%, in de regio Hart voor Brabant 85%.

Lichamelijke (in)activiteit

De helft van de bevolking van de regio Hart voor Brabant voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) van tenminste 5 dagen per week matig intensief bewegen. In Hilvarenbeek voldoet 45% van de volwassen bevolking niet aan deze norm voor bewegen.

Uit de enquête die gehouden is in het kader van het integraal jeugdbeleid blijkt dat 78% van de onderzochte groep lid is van een sportvereniging. Lid zijn blijkt tamelijk leeftijdsgebonden. Hoe ouder de jeugd des te minder vaak ze lid zijn van een sportvereniging (15 jaar: 82%, 16 jaar: 72% en 17 jaar: 66%). Ook uit de gesprekken blijkt dat de jeugd in Hilvarenbeek, en dan met name in de kleine kernen, vaak lid is van een sportvereniging. Op het moment dat zij naar de middelbare school gaan en de lidmaatschappen afnemen komt daar een behoorlijke fietstocht voor in de plaats. Ook het sporten voor gehandicapten wordt gestimuleerd vanuit het Platform Gehandicapten. Hiervoor is in 2003 een initiatief (Sportement) genomen waarvan het de bedoeling is dat dit in 2004 een meer structureel karakter gaat krijgen. Concreet wordt gekeken hoe sporters met beperkingen binnen de bestaande verenigingen en teams mee kunnen doen.

Uit de jeugdmonitor 2003 blijkt eveneens dat de Hilvarenbeekse jeugd vaak sport en hierin significant afwijkt van de overige jeugd in de regio Hart voor Brabant: 86% van de jongeren van 12 t/m 17 jaar sport wekelijks of vaker, in de regio is dat 78%. Het lidmaatschap van een sportclub/sportschool komt hiermee overeen, respectievelijk 75% in Hilvarenbeek en 65% in de totale regio Hart voor Brabant. Ook het lidmaatschap aan andere clubs is significant hoger, respectievelijk 94% in Hilvarenbeek en 87% in de regio Hart voor Brabant.

De jongeren hebben in diezelfde enquête aangegeven behoefte te hebben aan ontmoetingsplekken. Deze zouden gecombineerd kunnen worden met een skatebaan, een (basketbal)pleintje, of andere sportieve mogelijkheden. Met het speelruimteplan van de gemeente kunnen de formele en informele speelruimten in kaart worden gebracht. Inmiddels is in Haghorst een ontmoetingsplek in voorbereiding.

Ten aanzien van speelvoorzieningen voor de jeugd is uit de gesprekken een divers beeld ontstaan: sommige gesprekspartners waren zeer te spreken over het aanbod speelvoorzieningen, anderen veel minder. Ook het meegroeien van de voorzieningen met de wijk is aan de orde geweest. Zo is er ook wat nodig voor de wat oudere basisschooljeugd. Iets tussen een 'wikip' en een 'JOP'. Verder is ook het geconstateerde ongenoegen bij de jeugd uitgesproken over de traagheid van het realiseren van een JOP in Haghorst. Alle schoolpleinen die eerder gebruikt werden door jongeren na schooltijd zijn inmiddels afgesloten. Dit is het gevolg van het vandalisme.

In de jeugdmonitor is aan de jeugd van 12 t/m 17 jaar gevraagd een oordeel te geven over de voorzieningen in de gemeente. Hieruit komt naar voren dat 28% vindt dat er matig tot zeer slechte sportvoorzieningen zijn. Dit is significant lager dan in de regio Hart voor Brabant waar 35% van de jeugd deze mening is toegedaan. De speelvoorzieningen vindt 30% matig tot zeer slecht, en 48% zegt dit over de ontmoetingsvoorzieningen. Hierin wijkt de jeugd niet significant af van de jeugd in de regio Hart voor Brabant.

Een vraag in de jeugdenquête ging over de mate waarin de jeugd op de hoogte is van de activiteiten door de gemeente. In Hilvarenbeek is 60% hiervan op de hoogte en dat wijkt

significant af het gemiddelde in de regio Hart voor Brabant. Daar is namelijk 45% op de hoogte van deze activiteiten.

Genotmiddelen

- Roken

In 2000 is onder de jeugdigen van 12 tot 18 jaar in Hilvarenbeek een enquête gehouden waarin gevraagd is naar de problemen die zij zelf zien bij hun leeftijdsgenoten. Met name roken werd toen als een probleem gezien. Uit de jeugdmonitor 2003 van de GGD blijkt dat 89% van de jongeren van 12 t/m 17 jaar niet rookt en 6% van hen dagelijks rookt.

Vervolgens werden ook spijbelen, vandalisme/criminaliteit en pesten genoemd. Problemen rondom alcohol en drugs werden door hen zelf niet als zodanig benoemd. In de jeugdmonitor 2003 is gevraagd naar spijbelgedrag en daaruit komt naar voren dat 9% van de jongeren in de afgelopen vier weken voorafgaande aan de monitor heeft gespijbelde. Dit is significant lager dan bij de overige jongeren in de regio Hart voor Brabant. Daar spijbelde namelijk 14%.

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. Zoals gezegd is roken een van de drie speerpunten die in de landelijke nota zijn genoemd. In Hilvarenbeek rookte in 2001 30% van de volwassen bevolking (regio Hart voor Brabant 34%). Bij mannen is het percentage rokers hoger dan bij vrouwen.

- Alcohol en drugs

Een vijfde van de volwassen bevolking van Hart voor Brabant gebruikt (zeer) excessief alcohol. Hilvarenbeek wijkt hier met 21% niet veel vanaf. Bij twintigers komt (zeer) excessief drankgebruik het meest voor, vooral bij mannen (42%) en in mindere mate bij vrouwen (11%). Onder volwassenen in Hilvarenbeek is door 3 % in het jaar voorafgaande aan de enquête drugs gebruikt (regio Midden-Brabant 5%, regio Hart voor Brabant 4%).

Uit de jeugdmonitor 2003 blijkt dat er in Hilvarenbeek significant meer (zeer) excessieve drinkers zijn dan in de regio Hart voor Brabant respectievelijk 4% en 1%. Uit de gesprekken komt naar voren dat er veel gedronken wordt door de jeugd. De sfeer in het dorp is: veel drinken is stoer, ook onder volwassenen. Er wordt steeds meer in groepjes buiten gedronken (mogelijke redenen: wering uit horeca, drank wordt duurder). Gevolg van het drinken op straat is onder andere overlast.

Van de Hilvarenbeekse jongeren had 32% ooit en 9% recent hasj/wiet gebruikt, 7% had ooit en 1% recent XTC gebruikt bleek uit het genotmiddelenonderzoek uit 1999.

In de recent uitgevoerde jeugdmonitor blijkt 5% in de afgelopen vier weken wiet of hasj gebruikt te hebben. Dit is gelijk aan de regio Hart voor Brabant. XTC is door 0,5% in deze afgelopen periode gebruikt.

Uit de gesprekken komt naar voren dat onder specifieke groepen jongeren het roken van een joint veel hoger wordt ingeschat (ongeveer 50%). Gesignaleerd wordt dat vooral ook de wijze waarop ouders omgaan met jongeren die blowen een probleem is. De onbekendheid met softdrugs leidt ertoe dat ouders vaak overdreven streng reageren en alle drugs over één kam scharen. Jongeren gaan dan over tot gebruik en experimenteergedrag in het geheim.

In de jeugdnota (p.13) is de volgende passage over alcohol en drugs opgenomen: ‘De drempel om drugs te gebruiken is aanmerkelijk verlaagd. Een steeds groter wordende groep vindt speed en andere pillen even vanzelfsprekend als andere jongeren een glaasje bier. Maar geconstateerd wordt, dat ook het alcoholgebruik de laatste tijd drastisch toeneemt. Vooral in het weekend wordt veel te veel alcohol gedronken.’

Door de huisartsen wordt geconstateerd dat drugsgebruik en alcoholgebruik bij tieners en adolescenten vervelend gedrag en criminaliteit veroorzaakt. De vraag is wel of het probleem is toegenomen, of dat het taboe meer is doorbroken. Verder wordt door de huisartsen geconstateerd dat in de horecagelegenheden verschillend wordt omgegaan met gedogen (deels wel en deels niet). De huisartsen geven aan dat het er vooral om gaat jongeren structuur aan te bieden. Ouders zouden hierbij wellicht door opvoedingsondersteuning in geholpen kunnen worden.

Het maatschappelijk werk constateert een toename van het gebruik van drugs door jongeren.

Een opvallend gegeven uit de jeugdmonitor 2003 is dat de jongeren van 12 t/m 17 jaar in Hilvarenbeek significant vaker gokken dan de jongeren in de regio Hart voor Brabant, respectievelijk 6% en 3%. In de gesprekken die gevoerd zijn in het kader van de totstandkoming van deze nota is over deze problematiek niet uitdrukkelijk gesproken. In Hilvarenbeek is één gokhal aanwezig.

Op dit moment lopen een tweetal projecten van de GGD Hart voor Brabant in Hilvarenbeek op de basisscholen. Beide projecten “Gezonde school en genotmiddelen” en het project “Doe effe normaal” geven aandacht aan de beschreven problematiek.

- 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 Hilvarenbeek geldt een gebruikerspercentage van 7% (regio Hart voor Brabant 7%, regio Midden-Brabant 8%). In de praktijk blijkt het heel moeilijk te zijn om mensen er van te overtuigen dat er alternatieven zijn voor het zo lang gebruiken van deze middelen. Inmiddels zijn er contacten tussen de ouderenorganisatie en de huisarts over eventuele voorlichtingsbijeenkomsten rondom verantwoord medicijngebruik.

Door het Gehandicapten Platform wordt geconstateerd dat er een groot medicijngebruik is onder haar doelgroep. Diverse specialisten schrijven onafhankelijk van elkaar medicijnen voor. De huisarts zou in deze gevallen als case-manager op moeten treden.

2.4 Fysieke en (psycho)sociale omgeving

Wonen

In de volwassenenenquête is gevraagd naar de waardering van de woning en de buurt. In Hilvarenbeek krijgt de woning gemiddeld het cijfer 8,4 (regio Midden-Brabant 7,9) en de buurt het cijfer 8,3 (regio Midden-Brabant 7,5). Verder vindt 4,5% van de bewoners in Hilvarenbeek dat de buurt er op achteruit gaat (regio Midden-Brabant 13%).

Bijna één op de drie volwassenen heeft in de regio Hart voor Brabant (29%) één of meer klachten over de woning gehad. In Hilvarenbeek is dit significant lager, namelijk 20% van de inwoners. In Hilvarenbeek ondervindt 16% van de volwassen inwoners lawaaioverlast en 8% stankoverlast. De lawaaioverlast is significant lager dan de totale regio Hart voor Brabant (28%).

Al met al wordt Hilvarenbeek dus ervaren als een gemeente waar het plezierig wonen is. In de gesprekken met ouderen is dit beaamd. Wel is daar de opmerking gemaakt dat er te weinig gebouwd wordt voor de doelgroep ouderen. En als er dan gebouwd wordt voor ouderen zou dat dan in ieder geval inclusief aanpassingen moeten zijn. Bouwen volgens het ‘meer-generatie-concept’ zou al een enorme vooruitgang zijn. Ook de Clossenborch is in die zin niet perfect. Zeker voor echtparen zijn de wooneenheden te klein. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de Clossenborch bij oplevering al weer achterhaald was door nieuwe inzichten ten aanzien van wonen voor ouderen.

Door het maatschappelijk werk wordt geconstateerd dat er een tekort is aan woningen voor crisisgevallen in verband met bijvoorbeeld echtscheidingen.

Door zowel de kinderdagverblijven als het Gehandicapten Platform is geconstateerd dat met name het centrum absoluut niet toegankelijk is (kinderwagens en rolstoelen). Voorstel van het Gehandicapten Platform is om de ‘werkgroep toegankelijkheid’ van het platform al in een **vroeg** stadium bij plannen te betrekken om voor een betere toegankelijkheid in heel Hilvarenbeek zorg te dragen.

Accommodaties in Hilvarenbeek

Er is geconstateerd dat het in Hilvarenbeek ontbreekt aan accommodaties om activiteiten te kunnen organiseren voor alle doelgroepen. Elckerlijc is een aantal keren genoemd als de enige locatie die er is. Elckerlijc wordt dan geschetst als een ongezellige en ongeschikte locatie.

In de loop van 2004 zal meer duidelijkheid komen over de realisering van de nieuwbouwplannen voor een Cultureel Centrum in Hilvarenbeek waarbinnen ook de

bibliotheek, de muziekschool en een jongerencentrum een plaats kunnen krijgen. Ook het maatschappelijk werk moet in de toekomst op een andere plek gehuisvest worden.

Veiligheidsbeleving en slachtofferschap

In Hilvarenbeek is 15% van de volwassenen het jaar voorafgaand aan de enquête slachtoffer geweest van een misdrijf (met name vernieling van de auto en diefstal van fiets/brommer). Dit is significant lager dan de regio Hart voor Brabant waar 21% slachtoffer was. In de regio Midden-Brabant was dat nog hoger namelijk 25%. Toch werd met name uit de gesprekken met de ouderen(-organisaties) aangegeven dat de veiligheid en verlichting van straten en voetpaden nogal wat de wensen overlaat (bv in Doelakkers). Ook laat de jeugdmonitor 2003 zien dat het slachtofferschap onder jeugdigen niet afwijkt van dat van de regio Hart voor Brabant, 28% van de jongeren van 12 t/m 17 jaar is in de periode van 12 maanden voorafgaande aan de monitor slachtoffer geweest van een misdrijf: 9% vernieling van spullen, 6% bestolen van geld en 13% bestolen van andere spullen.

De toegang tot De Clossenborch is niet al te ruim. Er is in de gesprekken voorgesteld om mensen met rollators in dit gebied voorrang te geven om onveilige situaties zoveel als mogelijk te voorkomen.

Uit de jeugdenquête in het kader van het jeugdbeleid blijkt dat 78% van de jeugd zich veilig voelt binnen de gemeente. 18% voelt zich soms wel/soms niet veilig en 8% voelt zich onveilig. De jeugd voelt zich niet veilig door een slechte verlichting of door angst voor agressie op straat. Met de nota integraal jeugdbeleid heeft de raad besloten om de jeugd te betrekken bij het verbeteren van de verkeersveiligheid. De jeugdmonitor 2003 geeft aan dat van de jongeren van 12 t/m 17 jaar 21% wel eens een onveilig gevoel heeft, 15% heeft een onveilig gevoel op straat in de eigen woonbuurt en 9% heeft een onveilig gevoel bij uitgaansgelegenheden. Van de jongeren staat 8% onverschillig tegenover criminaliteit, dat is significant lager dan de 12% in de regio Hart voor Brabant.

Basisschool De Driehoek heeft het 'Brabants Veiligheids Label' dit is een label dat een school krijgt als het aandacht geeft aan diverse aspecten van veiligheid. Hieronder valt ook de veiligheid van de weg van en naar school.

Pesten

In de jeugdenquête is gevraagd naar pesten op school. Op de vraag of er gepest wordt op school zegt 6% 'ja, vaak', 48% 'ja, soms' en 46% 'nee, nooit'. Het pesten op het VMBO valt op: 61% van deze leerlingen geeft aan dat er soms gepest wordt, volgens 13% wordt er vaak gepest. Het MBO laat bijna het tegenovergestelde beeld zien: 75% van deze leerlingen geeft aan dat er nooit gepest wordt.

In de jeugdmonitor 2003 wordt door 5% van de jongeren aangegeven dat zij in het afgelopen jaar gepest zijn, een vergelijkbaar percentage geeft aan dat zij zelf gepest hebben.

In de jeugdnota is geconcludeerd dat er vaak gepest wordt in het voortgezet onderwijs. Vooral de jongere leeftijdsgroep (12 t/m 14 jaar) ervaart dit dan een probleem.

Sociale netwerken en eenzaamheid

Uit de volwassenenenquête blijkt dat één op de drie volwassenen eenzaam is. Ook in Hilvarenbeek geeft 33% van de volwassenen aan eenzaam te zijn. In de gesprekken met ouderenorganisaties en huisartsen werd dit beaamd, maar toch ook vooral geassocieerd met ouderen. Ook door het Gehandicapten Platform wordt geconstateerd dat eenzaamheid onder haar doelgroep een probleem is. De eenzaamheid bij volwassenen kan zich met name ook voordoen na een scheiding of in een periode van rouw.

De activiteiten die ouderen- en welzijnsorganisaties organiseren hebben een rol in de bestrijding van eenzaamheid. Daarnaast werkt de KBO op dit moment aan een “Stappenplan: voorkomen van sociaal isolement”. Ook huisartsen hebben een rol, met name ook in taboedoorbreking rondom eenzaamheid. De huisartsen ervaren eenzaamheid als een moeilijk probleem waar acties van hen wisselend succesvol zijn. Het maatschappelijk werk heeft een cursus rondom eenzaamheid die in 2003 gedraaid heeft en ook voor het najaar van 2004 weer op de rol staat.

In het structurele ‘zorgoverleg’ tussen huisartsen, Thebe en het maatschappelijk werk staat deze problematiek ook op de agenda. Het maatschappelijk werk constateert dat er een toename is van het aantal relatieproblemen, huiselijk geweld en het aantal mensen dat de regie over het eigen leven niet meer heeft.

Uit de jeugdmonitor blijkt dat 84% van de jongeren van 12 t/m 17 jaar genoeg vriend(inn)en heeft. Dit komt overeen met de regio Hart voor Brabant (83%).

Peuterspeelzalen

De peuterspeelzalen zijn op grond van de Welzijnswet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de peuterspeelzalen. Hieronder valt ook de hygiëne van de peuterspeelzaal. De gemeente heeft de GGD eenmalig een nulmeting laten verrichten in alle peuterspeelzalen. De peuterspeelzalen hebben nu de verplichting ieder twee jaar zelf en op eigen kosten een controle door de GGD te laten verrichten. In het kader van het kwaliteitstraject maken zij op dit moment een plan hoe zij aan deze verplichting willen voldoen.

2.5 Gebruik en toegankelijkheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen

Huisartsen- en specialistenbezoek

Uit de volwassenenenquête blijkt dat in Hilvarenbeek 50% (regio Midden-Brabant 51%) in de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek een bezoek aan de huisarts heeft gebracht. Het huisartsenbezoek is hoger bij chronisch zieken, mensen met een uitkering, mensen uit een achterstandsland en bij vrouwen.

Verder blijkt uit de volwassenenenquête dat in Hilvarenbeek 33% (regio Midden-Brabant en regio Hart voor Brabant 36%) in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek een bezoek aan de specialist heeft gebracht.

Op basis van de gesprekken die gevoerd zijn bij de totstandkoming van de dorpenontwikkelingsplannen is een leefbaarheidsagenda voor Hilvarenbeek opgesteld. In deze leefbaarheidsagenda komt het aanbod van zorgvoorzieningen nadrukkelijk aan de orde. Er zijn vier concrete punten geformuleerd waaraan gewerkt zou moeten worden:

- samenwerking van huisartsen met als doel een permanente beschikbaarheid van een huisarts in de desbetreffende kern. Standpunt raad: positief maar afhankelijk van medewerking huisartsen en geen financiële verantwoordelijkheid gemeente;
- overige suggesties: zorg naar de mensen brengen in de Runne, apotheek, dependance bejaardenhuis, mortuarium, mobiele zorgvoorziening. Standpunt raad: positief, betrekken bij lokaal gezondheidsbeleid;
- concentreren zorgvoorzieningen (Esbeek, Diessen en Haghorst). Standpunt raad: positief, wordt betrokken bij op te stellen gezondheidsbeleid, maar afhankelijk van andere organisaties en ondernemers;
- samenwerking van zorgaanbieders in Hilvarenbeek (Biest-Houtakker). Standpunt raad: positief, met uitgesproken zorg voor de ontwikkelingen rondom de huisartsenpost;
- samenwerken zorg, waardoor beschikbaarheid huisarts in Hilvarenbeek in het weekend. Standpunt raad: positief, maar afhankelijk van medewerking huisartsen en geen financiële verantwoordelijkheid van de gemeente.

Er is een gesprek gevoerd met de huisartsen in Hilvarenbeek. Hieruit is een aantal belangrijke punten naar voren gekomen:

- de huisartsen staan achter de Centrale Huisartsen Post. Er zal nog het een en ander verbeterd moeten worden, maar terug naar de oude situatie kan niet meer;
- zij steunen unaniem de wens om bij het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg een satellietpost van de CHP te realiseren. Hiermee zou in ieder geval de fysieke lokatie van de post sterk verbeterd kunnen worden;
- de huisartsen willen meedenken in het vraagstuk 'hoe verenig je schaalvergroting en centralisatie van zorgvoorzieningen met de wens van burgers om decentraal/ dicht in de buurt zorgvoorzieningen te hebben'.

Naar aanleiding van het gevoerde gesprek heeft het college van Hilvarenbeek een brief naar het Zorgkantoor gestuurd waarin zij het streven naar een satellietpost van de CHP bij het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg van harte ondersteunt.

Inmiddels is duidelijk dat een uitbreiding van de centrale post met een satelliet post, zeker op korte termijn, niet haalbaar zal zijn. Met ingang van 1 januari 2004 is namelijk een korting van 5% op de bevroren begroting van 2003 van de CHP doorgevoerd. Hierdoor wordt één van de twee visite-teams opgeheven (i.c. de auto met chauffeur) en zal de koppeling tussen de Huisartsen informatiesystemen en het Huisartsenpost informatiesysteem niet uitgevoerd kunnen worden.

De huisartsen bezinnen zich op dit moment over mogelijke alternatieven voor een satellietpost.

Kleinschalige concentratie van (1e-lijns)zorgvoorzieningen in de kernen

Meer algemeen is geïnformeerd bij de huisartsen, De Clossenborch, Stg. Woningbedrijf Hilvarenbeek (SWH), Thuiszorg en maatschappelijk werk of er interesse bestaat om in kleinschalige servicepunten/zorgpunten in de kleinere kernen te participeren. Door alle partijen is hier in principe positief op gereageerd met het voorbehoud dat het financieel haalbaar moet zijn. Dergelijke centra zouden ook aantrekkelijk kunnen zijn voor speciale voorzieningen als de eerder genoemde kinderfysiotherapeut en kinderpsycholoog die hier spreekuur zouden kunnen houden.

Op dit moment lijkt zich nog geen concreet tekort voor te doen in de eerstelijnszorg. Er zijn voldoende huisartsen, tandartsen etc.. Het is echter een utopie te veronderstellen dat de tekorten die er al zijn (huisartsen) en de tekorten waarvan de eerste signalen en voorspellingen al worden waargenomen (tandartsen, verloskundigen) aan Hilvarenbeek voorbij zullen gaan. Het is daarom belangrijk om hier nu al op in te spelen en Hilvarenbeek een aantrekkelijke vestigingsplaats te maken. Daarnaast is het van belang de beschikbare zorg zo efficiënt mogelijk over de kernen te verdelen.

Woon-zorgvoorzieningen voor ouderen

Door de ouderen is geconstateerd dat er onvoldoende (aangepaste) woningen voor ouderen worden gebouwd. De SWH heeft in de gesprekken aangegeven dat zij in Hilvarenbeek een woningbezit heeft van 800 woningen. Hiervan is 35% aanleunwoning of 'woning met keur'. Alle woningen die nu nog nieuw worden gebouwd zijn levensloopbestendig.

Daarnaast blijkt er een behoefte aan een zorgpunt als De Clossenborch in Diessen te zijn. De Eenhoorn wordt genoemd als mogelijke concentratie van ouderenwoningen waar een zorgpunt gerealiseerd zou kunnen worden. Dit zorgpunt zou dan ook een functie naar de omliggende woningen (waar veel ouderen wonen) moeten hebben.

In dit kader is het streven van Thebe en Stg. De Runne om een eerdere pilot (Moergestel) waarbij onder één regie de vormen van zorgfuncties in het kader van verpleging en verzorging zowel extramuraal als intramuraal aangeboden werden, in 2004 ook in Hilvarenbeek te starten. De concrete uitwerking hiervan heeft inmiddels plaatsgevonden.

Zorgloket

In het gesprek met ouderen is de wens uitgesproken de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen te verbeteren. Voor de ouderenadviseurs (vrijwilligers) is het nog vaak moeilijk om door de bomen het bos te zien. Ook het maatschappelijk werk merkt dat de vraag om formulieren in te vullen steeds vaker wordt gesteld en steeds meer tijd kost (formulieren worden ingewikkelder). De ontwikkeling van een 'zorgloket' zou een oplossing kunnen zijn. Verwezen wordt daarbij naar het loket zoals dat in Goirle wordt ontwikkeld. Er wordt wel geadviseerd niet te ambitieus te starten omdat diverse initiatieven juist aan een te hoog ambitieniveau ten onder gaan.

Ouderenadviseur

Er zijn in Hilvarenbeek twee ouderenadviseurs actief. Het gaat hier om twee vrijwilligers die vanuit de KBO die taak op zich hebben genomen. Er is in de gesprekken gepleit voor

professionalisering van deze functie. Ook hier speelt de problematiek die door het maatschappelijk werk is gesignaleerd: het wordt steeds moeilijker de formulieren in te vullen en de weg te vinden in alle procedures.

Mantelzorg

Er is in Hilvarenbeek geen ondersteuning voor de mantelzorgers. In het verleden is geprobeerd aansluiting te zoeken bij het project in Tilburg. Dit heeft tot op heden niet tot resultaten geleid. Door de gesprekspartners in het cluster ouderen is voorgesteld in Hilvarenbeek zelf met een initiatief te starten. Ook het maatschappelijk werk constateert een gebrek aan ondersteuning van mantelzorgers. Zij constateren met name het gebrek aan vrijwilligers die als de nood hoog is de taken van de mantelzorger tijdelijk kunnen overnemen. Van de diensten die op dit gebied door Contoor (Vrijwilligerssteunpunt Tilburg) worden aangeboden kan op dit moment in Hilvarenbeek geen gebruik gemaakt worden.

Ontbreken zorgvoorzieningen voor jeugd

Door de jeugdgezondheidszorg van de GGD is geconstateerd dat er in Hilvarenbeek een gebrek is aan een kinderpsycholoog (voor wat langere begeleiding). Dit heeft als gevolg dat ouders met hun kind naar Tilburg moeten uitwijken voor behandeling van het kind. Dit is vaak een grote drempel. Het zou goed zijn als deze voorzieningen ook in Hilvarenbeek aanwezig zouden zijn. Door de Thuiszorg wordt dit probleem niet geconstateerd. Zij vinden de ouders juist zeer mobiel zijn en ook bereid zijn om wat verder te reizen voor zorg.

Sociaal-verpleegkundig spreekuur op de basisschool

Met ingang van het schooljaar 2002-2003 is op drie basisscholen gestart met een sociaal-verpleegkundig spreekuur. Inmiddels zijn bij aanvang van het schooljaar 2003-2004 alle basisscholen gestart. De eerste ervaringen met het spreekuur zijn heel positief. Vooral in Esbeek loopt het inmiddels zo goed dat vaak niet alle vragen in het spreekuur aan de orde kunnen komen. De verpleegkundige belt de ouders dan op een later tijdstip op om hun vraag te beantwoorden of een nieuwe afspraak te maken. Er worden vragen gesteld over lichamelijke gezondheid (bv gewicht) maar ook over de opvoeding van het kind.

Opvoedingsondersteuning

De jeugdgezondheidszorg van de GGD constateert dat bijna alle ouders hun kinderen druk vinden en daar dan ook vragen over stellen op bijvoorbeeld het spreekuur, maar ook tijdens de onderzoeken. Het gaat vaak om opvoedingsonzekerheid. De GGD kan kortdurend begeleiden. Ook wordt wel verwezen naar de cursus van de thuiszorg "Anders kijken naar gedrag". Voor langdurende ondersteuning door bijvoorbeeld een kinderpsycholoog moet zoals eerder geconstateerd vaak uitgeweken worden naar Tilburg.

De opvoedingsonzekerheid sluit aan bij de ervaring van de basisscholen dat er meer aandacht van de ouders is voor ouderavonden rondom opvoedkundige thema's dan andere thema's. Tevens constateren de peuterspeelzalen dat ouders veel vragen over de opvoeding hebben die om maatwerk vragen. De consultatiebureaus kunnen hier niet altijd aan voldoen.

Jongerenwerker

De jongerenwerker is vanaf 2001 actief in Hilvarenbeek. Zijn doelgroep is met name de jeugd van 12 tot 18 jaar. Door de basisscholen is in de gesprekken gevraagd om de jongerenwerker meer tijd te laten spenderen op de basisscholen. Hij komt hier wel maar dat zou uitgebreid moeten worden. Na de basisschool verspreiden de jongeren zich over zoveel middelbare scholen in de omgeving dat het goed zou zijn, als het jongerenwerk bij de jeugd bekend zou zijn, zodat er een blijvende link naar deze jeugd zou zijn. Inmiddels is de jongerenwerker gestart met een voorlichtingsproject over alcohol en drugs "Be Smart" in groep 8. Hierbij worden de kinderen in groep 8 en hun ouders, en de kinderen van 12 tot 18 jaar betrokken.

Toegankelijkheid jongerenwerk

De jongerenwerker is gehuisvest op de zolder van het gemeentehuis. Een volgens de jongerenwerker zelf ongeschikte en onbereikbare plek. Er is geen plek in Hilvarenbeek waar een jongere laagdrempelig kan binnenstappen om zijn verhaal kwijt te kunnen, hulp te krijgen. Daar staat tegenover dat de meeste jongeren binnen hun sociale netwerk (familie, burens en vrienden) terecht kunnen voor een gesprek, opvang.

Inmiddels is duidelijk dat de jongerenwerker gaat verhuizen naar de jongerenaccommodatie aan de Holsstraat. Hier zijn al een tweetal jongerenorganisaties gevestigd: Stg. Jongerencentrum 'Het Tref' en Stg. Jeugd 12-16 'The young ones'. Daarmee is op deze locatie een open inloop voor 12-18-jarigen gerealiseerd.

In de jeugdmonitor 2003 is gevraagd naar het bestaan van een hulpvraag en het zoeken van informatie, advies of hulp bij het oplossen van problemen. Jongeren van 12 tot en met 17 jaar in Hilvarenbeek maken zich het meest zorgen om hun schoolcijfers, de keuzes die ze moeten maken en hun uiterlijk. Zij hebben significant minder last van één of meer problemen die dag en nacht spelen (Hilvarenbeek 8%, regio Hart voor Brabant 12%). Van de jongeren heeft 2% een beperkte hulpvraag en 1% een duidelijke hulpvraag. 47% van de jongeren zoekt informatie of hulp alleen in de directe omgeving, 49% zoekt die ook bij een professional.

Netwerk Jeugdhulpverlening

Dit netwerk is in 2002 gestart. De coördinatie, begeleiding en aansturing van dit netwerk is in handen van Bureau Jeugdzorg. Zowel de basisscholen, de kinderdagverblijven, de peuterspeelzalen als de jgz van Thebe, het maatschappelijk werk en de GGD (organisaties die deelnemen in het netwerk), hebben zich in de gesprekken positief uitgesproken over het functioneren van dit netwerk. Hieruit blijkt dat door alle partijen de meerwaarde van een dergelijk overleg duidelijk ervaren wordt.

Brede School

De Brede School als concept is aan de orde geweest in de gesprekken met de peuterspeelzalen. Er waren diverse meningen ten aanzien van de wenselijkheid van de vestiging van peuterspeelzalen bij basisscholen. Het Integraal Huisvestingsplan Onderwijs is

door de raad vastgesteld. Hierin is opgenomen dat de komende twee jaren gekeken wordt naar de mogelijkheden om een Brede School te starten.

2.6 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.

2.7 Sociaal Economische Gezondheidsverschillen

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 Hilvarenbeek wonen significant minder laag opgeleiden dan in de regio Hart voor Brabant (resp. 40% en 43%). Laag opgeleiden zijn mensen met: geen opleiding, alleen lagere school, lager beroepsonderwijs of MAVO;
- ook het percentage mensen met een uitkering is in Hilvarenbeek met 5% significant lager dan dat in de regio Hart voor Brabant (8%);
- in Hilvarenbeek is 67% van de inwoners ziektefondsverzekerd. Dit aantal is gelijk aan dat in de regio Hart voor Brabant. In de regio Midden-Brabant is het percentage 69%.

Uit de jeugdmonitor 2003 blijkt tenslotte nog dat het percentage jongeren van 12 t/m 17 jaar waarvan één of beide ouders werkloos, arbeidsongeschikt en/of langdurig ziek zijn significant lager is dan in de regio Hart voor Brabant, respectievelijk 5% en 8%. Tevens is het aantal jongeren van 12 t/m 17 jaar dat een HAVO/VWO, HBO of WO opleiding volgt significant hoger dan in de regio Hart voor Brabant, respectievelijk 47% en 41%.

Op het eerste gezicht dus geen directe aanleiding om juist voor Hilvarenbeek speciaal voor het bestrijden van sociaal economische gezondheidsverschillen een speerpunt te maken. Toch is ook in de gesprekken geconstateerd dat er natuurlijk ook in Hilvarenbeek gezinnen zijn waar sprake is van een zodanige sociaal economische situatie dat hier ook in het kader van gezondheidsbeleid aandacht voor moet zijn.

Door het maatschappelijk werk wordt bijvoorbeeld geconstateerd dat, met name bij jongeren en oudere alleenstaanden, groter wordende schulden ontstaan. Het maatschappelijk werk vindt het vervolgens een probleem dat voor iedere schuldsanering een aanvraag bij sociale zaken moet worden gedaan.

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 Hilvarenbeek 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 doelstellingen die wij in de komende periode voor ogen hebben.

1. Invulling geven aan de gemeentelijke regie op het gezondheids- en zorgbeleid.

In de gesprekken zijn geen concrete knelpunten rondom de regie-functie van de gemeente aan de orde gesteld. Wel geven de genoemde beleidsontwikkelingen in hoofdstuk één alle aanleiding om op een aantal terreinen de regie uitdrukkelijk op te pakken. Voor wat betreft de OGGZ en de JGZ hebben wij hier al nadrukkelijk een rol. De ontwikkelingen rondom de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Wet op de Jeugdzorg zullen de gemeente nog meer aanzetten om uitdrukkelijk regie te voeren op het zorgbeleid. Door het oppakken van de volgende actiepunten willen wij hier de komende vier jaar inhoud aan geven:

- het toetsen van alle raadsvoorstellen op gevolgen voor de volksgezondheid. Zoals in deze nota is beschreven zien wij gezondheidsbeleid als facetbeleid. Op allerlei terreinen nemen we besluiten die gevolgen hebben voor de gezondheid. Soms wordt hier expliciet bij stil gestaan, vaak ook niet. Om meer aandacht voor de gezondheidsaspecten van het beleid te realiseren stellen wij voor bij alle raadsvoorstellen te toetsen of en wat de gevolgen van het besluit voor de volksgezondheid zijn. Een dergelijke toets voor milieuaspecten kennen we al;
- het ontwikkelen van een visie op wonen, zorg en welzijn. Met deze visie wordt enerzijds een kader geschetst waaraan nieuwe initiatieven zoals woon- zorgcomplexen getoetst kunnen worden, anderzijds kan hier ook de Wet Maatschappelijke Ondersteuning in geïntegreerd worden;
- deze visie te vertalen in een concreet uitgewerkt plan per kern. Diverse knelpunten die bij de volgende doelstelling zijn geformuleerd zullen in deze concrete plannen per kern aangepakt moeten worden;
- heel concreet willen we gaan starten met een pilot servicedienstencentrum in een van de kernen. Daarbij zullen we de diverse relevante partijen in Hilvarenbeek nauw betrekken

- (Clossenborch, Thebe, huisartsen, welzijnsorganisaties e.d.). Vervolgens zullen we op grond van een evaluatie hiervan ook in de andere kernen een dergelijk centrum opzetten;
- een basisniveau/ -pakket voor welzijns- en zorgproducten vast te stellen. Dit pakket zal niet statisch zijn maar zal op termijn uitgebreid kunnen worden met de taken ingevolge de Wet Maatschappelijke Ondersteuning;
 - ook zullen wij een behoefte-onderzoek uitvoeren naar de realisatie van ‘zorg op afroep’.

2. Een bijdrage leveren aan een toegankelijke en bereikbare gezondheidszorg cq. (zorg)voorzieningen voor iedereen.

In de gevoerde gesprekken en uit eerdere nota's is duidelijk geworden dat de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen niet optimaal is. Er wordt gevraagd om professionalisering van de ouderenadviseur, er wordt gevraagd om een 1-loketfunctie, er ontbreken voorzieningen in de kernen, er wordt gesteld dat de huisartsenzorg met de komst van de Huisartsenpost minder toegankelijk geworden. In Diessen zou een zorgfunctie zoals in de Clossenborch moeten zijn, in Hilvarenbeek zou een ontmoetingsfunctie zoals in De Eenhoorn gerealiseerd moeten worden. Een hele opsomming van problemen. Met de visie op wonen en zorg en de concrete plannen per kern willen wij een aantal van deze knelpunten aanpakken.

Voor wat de huisartsenzorg betreft zullen wij in continu overleg met de huisartsen proberen de bereikbaarheid van de huisartsenzorg voor Hilvarenbeek zo optimaal mogelijk te laten zijn. Concreet willen we een jaarlijks overleg starten met de huisartsen en de overige 1^e-lijnsvoorzieningen in Hilvarenbeek.

Ook gaan we concreet onderzoeken of het mogelijk is in Hilvarenbeek een 1-loketfunctie te realiseren. Wij kiezen er niet voor om daarnaast de functie van ouderenadviseur te professionaliseren. Met de 1-loketfunctie moeten ook de ouderen voldoende geholpen kunnen worden.

Een laatste actiepoint betreft de voorbereiding en implementatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

3. Gezond gedrag bij de jeugd van 10 tot en met 18 jaar te bevorderen, waarbij het stimuleren van de eigen bewustwording en van de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl met name aandacht zullen krijgen.

In de loop van de totstandkoming van deze nota zijn een aantal zaken voor de jeugd beter geregeld. Zo is er inmiddels, samen met de verhuizing van het jongerenwerk, een open inloop activiteit voor 12-18-jarigen gerealiseerd. Ook komt er een ‘Speelruimteplan’ waarin op basis van een inventarisatie van de stand van zaken verbeteringen in de toekomst plaats zullen vinden.

De grootste problemen van de jeugd in relatie tot gezondheid is de leefstijl. Uit de jeugdmonitor komt duidelijk naar voren dat er in Hilvarenbeek sprake is van significant meer

alcoholgebruik door de jeugd van 12-17 jaar. Verder is er ook sprake van overgewicht als algemeen probleem. Beide problemen worden geconstateerd bij de oudere jeugd en bij volwassenen. Reden om hieraan bij met name de jeugd aandacht te schenken. Zij blijken immers vooral in ongezond gedrag te investeren (zie ook Volksgezondheid Toekomstverkenningen p.11).

In het project Gezonde School en genotmiddelen wordt al aandacht geschonken aan drugs, alcohol en roken. Dit project wordt door de GGD uit het uniform pakket aangeboden aan het basisonderwijs. Verder is de jongerenwerker inmiddels gestart met een voorlichtingsproject in groep 8 in samenwerking met Novadic/Kentron en de scholen.

Het probleem overgewicht heeft een relatie naar voeding en bewegen. In Hilvarenbeek sport de jeugd tot een bepaalde leeftijd veel bij sportclubs. Het is van belang ze daarna ook vast te houden. Met de maatregelen in het kader van de Breedtesportimpuls zullen wij hier specifiek aandacht aan geven.

Er is ook aandacht gevraagd voor opvoedingsondersteuning en het tegengaan van psychosociale problemen. Met het aanbieden van schoolmaatschappelijk werk op alle voortgezet onderwijs scholen in Midden Brabant en het instandhouden van het Netwerk Jeugdhulpverlening willen we ook hier aandacht aan blijven schenken. Een hieraan verwant actiepoint betreft de aandacht die wij steeds willen schenken aan de Wet op de jeugdzorg. Beide projecten zullen binnen deze wet in de totale ketenzorg jeugdbeleid/jeugdzorg een plaats moeten krijgen.

4. Speciale aandacht voor ouderen en mensen met beperkingen.

Eenzaamheid bij ouderen is in een aantal gesprekken aan de orde geweest. Uit de volwassenenenquête van de GGD blijkt dat de problematiek bij volwassenen even groot is. Vooralnog willen wij ons beperken tot de eenzaamheid bij ouderen en daartoe een welzijnsbezoekproject door het maatschappelijk werk in samenwerking met de huisartsen en de ouderenbonden uitvoeren in 2004. Met dit onderzoek willen we de specifieke behoefte van deze doelgroep in beeld brengen.

Verder is geconstateerd dat aansluiting bij het Mantelzorgproject in Tilburg niet van de grond komt. Er zal onderzocht moeten worden of er behoefte is aan een lokale Werkgroep Mantelzorg en indien dat zo is zal een dergelijke werkgroep gestart worden. Door het maatschappelijk werk is de behoefte aan ondersteuning van de mantelzorgers wel geconstateerd.

De toegankelijkheid van Hilvarenbeek en met name het centrum is niet voldoende voor ouderen en mensen met beperkingen. Voorgesteld is de werkgroep toegankelijkheid van het Platform Gehandicapten een rol hierin te geven. Door hen in een vroegtijdig stadium bij plannen te betrekken moet voorkomen worden dat in nieuwe situaties onvoldoende rekening

wordt gehouden met alle inwoners van Hilvarenbeek. Wij zijn er voorstander van dat dit voorstel wordt overgenomen en hebben dit in het actieplan opgenomen.

In Hilvarenbeek wordt een ontmoetingsfunctie zoals die in De Eenhoorn is gemist. In Diessen wordt juist een zorgfunctie zoals die in de Clossenborch in Hilvarenbeek is gerealiseerd gemist. We zullen in de komende periode bezien hoe beide functies in de toekomst verwezenlijkt kunnen worden.

Voor wat betreft ouderenhuisvesting is in de gesprekken naar voren gebracht dat er te weinig aangepaste woningen zijn voor ouderen. In het Volkshuisvestingsplan is er voor gekozen om bij nieuwbouwplannen prioriteit te geven aan een tweetal doelgroepen: starters en ouderen. Op deze wijze, en door de actiepunten onder doelstelling 1 zullen wij er de komende tijd naar streven om in overleg met de SWH de woningvoorraad aan te passen aan de wensen van ouderen en mensen met beperkingen.

5. accommodatieproblematiek

In verschillende gesprekken is het gebrek aan goede accommodaties aan de orde gesteld. Elckerlijc wordt gekarakteriseerd als ongezellig, oud en niet functioneel. Inmiddels zijn er nieuwbouwplannen voor een nieuw cultureel centrum waarin ook de muziekschool, het creatief centrum, de jongerencentra en de bibliotheek een plaats zouden kunnen krijgen. In de loop van 2004 zal duidelijk worden in hoeverre deze plannen ook daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden.

4. Plan van aanpak

4.1 Inleiding

Voor de versterking van het lokaal gezondheidsbeleid zijn in de voorgaande hoofdstukken knelpunten en prioriteiten gesteld. Met de uitwerking hiervan zal het gezondheidsbeleid de komende jaren geïntensiveerd kunnen worden. De prioriteiten worden in dit hoofdstuk in een activiteitenplan uitgewerkt. Het betreft hier een globaal activiteitenplan waarover met de betrokken partners al is gesproken. Nadere uitwerking volgt in de komende periode.

4.2 Budgettaire ruimte

Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven is, hebben wij er voor gekozen om bijna alle knelpunten mee te nemen in het plan van aanpak. Veel actiepunten zijn echter van een 'p.m.' voorzien, omdat een gedetailleerde uitwerking nog dient te gebeuren en een aantal kosten ook afhankelijk zijn van de middelen en menskracht die de samenwerkingspartners bereid zijn in te brengen. Omdat zowel de budgettaire ruimte (mede als gevolg van de landelijke bezuinigingen) als de ambtelijke capaciteit beperkt is, is de prioriteitstelling hieraan aangepast. Hoewel de realisering van alle geformuleerde actiepunten dus zeker wenselijk is, zal dit vaak o.g.v. de prioriteitstelling niet direct in 2004 en verder tot concrete acties leiden. Met name de voorbereiding en uitvoering van twee nieuwe wetten, de Wet op de jeugdzorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning, zullen de komende jaren veel extra aandacht vragen. Beide wetten betekenen veel nieuwe taken en verantwoordelijkheden voor de gemeenten. Op dit moment is nog niet bekend of en hoeveel middelen daarvoor door de rijksoverheid beschikbaar worden gesteld. In de komende periode zal de prioriteitstelling uit het Plan van aanpak uitgangspunt zijn voor alle besluiten die in het kader van het gezondheidsbeleid genomen zullen worden.

In principe zullen de activiteiten uitgevoerd worden binnen de huidige budgetten van de diverse beleidsterreinen (o.a. jeugdbeleid, ouderenbeleid, breedtesportimpuls). De budgetten die in het Plan van aanpak opgenomen zijn, zijn al in 2004 in de gemeentebegroting opgenomen en beschikbaar voor de betreffende projecten/activiteiten.

Indien bij de nadere invulling van de voorgenomen actiepunten blijkt dat deze niet binnen de beschikbare budgettaire ruimte uitgevoerd kunnen worden, zullen zij separaat aan de raad worden voorgelegd.

In de prioriteitsstelling is het volgende onderscheid gemaakt:

1. wettelijke taakstelling
2. veel draagvlak bij betrokken partijen
3. project loopt al
4. wordt door andere partijen uitgevoerd
5. heeft geen prioriteit

4.3 Voortgang

De gemeenteraad zal jaarlijks geïnformeerd worden over de stand van zaken via de planning- en controlecyclus. Op deze wijze wordt de voortgang en realisatie van het beleid in beeld gebracht.

Bij de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten zal een interactieve aanpak worden gehanteerd. De uitwerking van de voorgenomen actiepunten zal in samenspraak met de betrokken organisaties gebeuren. Daartoe zal zoveel als mogelijk gebruik gemaakt worden van de deskundigheid van deze direct betrokkenen. Daar waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande activiteiten.

Plan van aanpak 2004 tot en met 2007

1. Invulling geven aan de gemeentelijke regie op het gezondheids- en zorgbeleid				
Actiepunt	Coördinatie intern/extern	Betrokken Instelling / instantie / afdelingen gemeente	Prioriteit	Middelen/ ambt. capaciteit
a. Toetsen raadsvoorstellen op gezondheidseffecten	Afdeling welzijn	Mt	5	p.m.
b. Ontwikkeling visie wonen, welzijn en zorg	Afdeling welzijn	Afdeling VRO, Afdeling welzijn, Zorgaanbieders, SWH	2	p.m.
c. Vertaling visie in een concreet uitgewerkt plan per kern.	Ontwikkelbureau De Hilver	Afdeling welzijn, zorgaanbieders, SWH	4	p.m.
d1. In een van de kleine kernen realiseren van een pilot service-dienstencentrum. d2. Realiseren dienstencentra in andere kernen	Ontwikkelbureau De Hilver	1 ^e lijn, SWH, Clossenborch, Thebe Thuiszorg, Amarant, Afdeling Welzijn	d.1. 3 d. 2. 2	p.m en inbreng middelen door deelnemende partijen
e. Vaststellen basisniveau/-pakket voor welzijns- en zorgproducten.	Afdeling welzijn	Prisma, Provincie, afdeling welzijn, regiogemeenten	3	p.m.

f. Behoeftonderzoek realisatie zorg op afroep	BOZ	Afdeling welzijn	4	p.m.
g. Bevorderen van de totstandkoming van een Integrale JGZ	Afdeling welzijn	Thuiszorg, GGD, Bureau Jeugdzorg, regiogemeenten en overige betrokken instellingen	1	uniform pakket 193.481 maatwerk deel 12.447
h. Vormgeven regierol OGGZ door formuleren en uitvoeren OGGZ-beleid en deelname aan het Platform OGGZ	Afdeling welzijn	Partners convenant OGGZ	3	geen

2. Een bijdrage leveren aan een toegankelijke en bereikbare gezondheidszorg cq. (zorg)voorzieningen voor iedereen				
Actiepunt	Coördinatie intern/extern	Betrokken Instelling / instantie / afdelingen gemeente	Prioriteit	Middelen /ambt. capaciteit
a. continuïteit van de eerstelijnsgezondheidszorg bevorderen en stimuleren	Afdeling welzijn	Huisartsen en overige 1 ^e -lijnsvoorzieningen	3	p.m.
b. mogelijkheden van een zorgloket onderzoeken	Afdeling welzijn	Afd. sociale zaken, afd. inwoners, afd. welzijn, Zorgaanbieders, maatschappelijk werk	1/2	p.m.
c. Wet maatschappelijke Ondersteuning	Afdeling welzijn	Regiogemeenten, zorgaanbieders, afdeling sociale zaken, Stg. Welzijn, SWH	1	p.m.

3. Gezond gedrag bij de jeugd van 10-18 jaar bevorderen				
Actiepunt	Coördinatie intern/extern	Betrokken Instelling / instantie / afdelingen gemeente	Prioriteit	Middelen/ambt. capaciteit
a. Voorlichtingsproject over drugs (Be Smart)	Afdeling welzijn	Novadic/Kentron, basisscholen, jongerenwerker	3. pilot Haghorst, na zomer 2004 alle basisscholen	p.m.
b. Preventie-projecten: 'Doe Effe Normaal' en 'Gezonde school en genotmiddelen'	Afdeling welzijn	GGD, politie, basisscholen, Novadic/Kentron	3	3.204
c. Stimuleren deelname sport (mn binnen het kader van de breedtesport)	Afdeling welzijn	BOTS, sportverenigingen, sportraad, verenigingsraad, Jongerenwerk	3	per jaar: 20.500 tot 25.000
d. Ontwikkelen van een speelruimteplan	Afdeling Welzijn	Kennisloket De Hilver, afd. openbare werken, afd. VRO	5	p.m.
e. Schoolmaatschappelijk werk	Afdeling welzijn	Bureau Jeugdzorg, voortgezet onderwijs	1	4.206
f. Netwerk Jeugdhulpverlening	Afdeling welzijn	Bureau Jeugdzorg, basisscholen, kinderopv. peuterspeelzalen, GGD, thuiszorg, maatschappelijk werk	1	7.255

g. Wet op de Jeugdzorg	Afdeling welzijn	Regiogemeenten, provincie, Bureau Jeugdzorg, Thebe jgz, GGD, AMW	1	p.m.
------------------------	---------------------	---	---	------

4. Speciale aandacht voor ouderen en mensen met beperkingen				
Actiepunt	Coördinatie intern/extern	Betrokken Instelling / instantie / afdelingen gemeente	Prioriteit	Middelen/ambt. capaciteit
a. Project welzijnsbezoek ouderen	AMW	Ouderenbonden, maatschappelijk werk, huisartsen, Thebe, vrijwilligersorganisaties	4/5	Binnen reguliere subsidie budget AMW
b. Een zorgfunctie in De Eenhoorn realiseren	SWH	Clossenborch, Thuiszorg	4	Geen
c. Een ontmoetingsfunctie in De Clossenborch realiseren	Clossenborch	KBO, Stg. Welzijn	4	Geen
d. Onderzoeken behoefte aan lokale werkgroep Mantelzorg	Stichting. Welzijn	Ouderenbonden, Afdeling welzijn, Stg. Contour, Steunpunt Mantelzorg	5	Geen
e. Stimuleren deelname sport via Breedtesportimpuls	afdeling welzijn	Bots, Gehandicaptenplatform Stg. Welzijn, Sportraad/verenigingsraad	3	Zie actiepunt 3,c
f. Advies gehandicaptenplatform over alle ruimtelijke bouw- en infrastructurele plannen	MT	Gehandicaptenplatform afdeling welzijn, afd. VRO, afd. openbare werken	2	p.m.

5. Diversen				
Actiepunt	Coördinatie intern/extern	Betrokken Instelling / instantie / afdelingen gemeente	Prioriteit	Middelen/ambt. capaciteit
a. Nieuwbouw Elckerlijc en jongerencentra	afdeling welzijn	afdeling VRO, Elckerlijc, muziekschool, bibliotheek, creatief centrum, jongerencentra	1	p.m.