

# **Kadernota gezondheidsbeleid regio West-Veluwe/Vallei 2011 t/m 2014**

**Inclusief uitwerking GEMEENTE EDE**

**December 2010**

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1. Wettelijk kader: de Wet Publieke Gezondheid (Wpg)</b>	<b>5</b>
<b>2. Terugblik 2007 – 2010 regionaal</b>	<b>8</b>
2.1 Nota gezondheidsbeleid West-Veluwe/Vallei 2007-2010	8
2.2 Rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	10
<b>3. Ontwikkelingen</b>	<b>11</b>
3.1 Epidemiologische ontwikkelingen	11
3.1.1 Monitoring	12
3.1.2 Infectieziekten	13
3.2 Beleidsmatige ontwikkelingen	14
3.3 Aanpalende ontwikkelingen	15
<b>4. Conclusies en aandachtspunten 2011-2014 regionaal</b>	<b>17</b>
<b>    Uitwerking gemeente Ede</b>	<b>18</b>
1. Terugblik Ede 2007 t/m 2010	19
1.1. Prioriteiten	19
1.2. Benoemde aandachtspunten	20
1.3. Relatie met andere beleidsvelden	21
1.4. Resultaten onderzoeken GGD	22
2. Periode 2011 t/m 2014	23
2.1. Convenantafspraken college m.b.t. gezondheid	24
2.2. Beschikbaar budget	24
2.3. Voornemens 2011 t/m 2014	26
<b>Literatuurlijst</b>	<b>28</b>

# Inleiding

“Als je gezond bent heb je 1000 wensen, als je ziek bent heb je er maar 1!”

Wat mensen het belangrijkste vinden voor zichzelf en hun naasten is leven in goede gezondheid. Maar zoals bovenstaand gezegd al suggereert, worden mensen daar pas bewust van wanneer er iemand in hun omgeving of zichzelf ziek worden.

Pas dan realiseren ze zich dat gezondheid een kostbaar goed is. Gezondheid is een begrip wat de laatste jaren steeds meer lading heeft gekregen en iets waar ook steeds meer aandacht voor is.

Gezondheid is allereerst een eigen verantwoordelijkheid maar is niet alléén afhankelijk van het eigen doen en laten. Ouders zijn verantwoordelijk voor de gezondheid van hun kinderen; scholen voor een veilige omgeving voor hun leerlingen; werkgevers voor gezonde arbeidsomstandigheden voor hun werknemers en zorgverleners voor goede zorg voor hun patiënten/cliënten. De overheid is verantwoordelijk voor zaken als schoon drinkwater, veilig voedsel, afvalinzameling, riolering, infectieziektebestrijding, huisvesting, welzijnsvoorzieningen in de wijk en goed onderwijs.

De grenzen van het lokaal gezondheidsbeleid worden bepaald door het wettelijk kader, door rijksprioriteiten, onderzoeks- en bevolkingsgegevens (monitoring) en beschikbare middelen. Het hieruit voortkomende beleid van de lokale gemeenten kan signalerend, voorwaardenscheppend of sturend zijn.

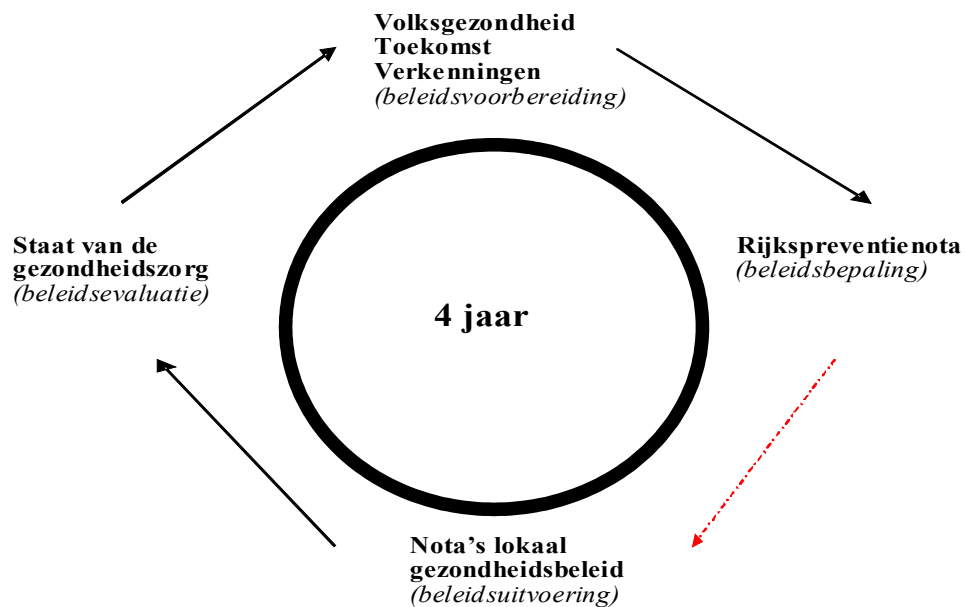
In 2002 hebben Barneveld, Ede, Scherpenzeel en Wageningen, met steun van de GGD (in deze regio HGM, Hulpverlening Gelderland Midden), voor de eerste keer gezamenlijk een kadernota gezondheidsbeleid West-Veluwe/Vallei geschreven voor de periode 2002-2006. De gemeente Nijkerk heeft zich hierbij in 2004 aangesloten. Ook voor de periode 2007 t/m 2010 en nu voor de periode 2011 t/m 2014 hebben de vijf gemeenten de handen ineengeslagen om een regionaal gezondheidsbeleid te schrijven. Vanuit deze regionale nota zullen de gemeenten in hun lokale gezondheidsnota's de ambities verder uitwerken. In dit traject wordt de preventiecyclus aangehouden om de nota's op te stellen.

## De preventiecyclus

De preventiecyclus (2003) is de gezondheidsvertaling van de klassieke beleidscyclus van Anderson & Hussey. In deze cyclus stelt het Rijk de nationale prioriteiten (speerpunten) op het gebied van collectieve preventie vast op basis van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM. Gemeenten gebruiken deze prioriteiten om hun eigen lokale nota's op te stellen met de bedoeling dat het lokale gezondheidsbeleid een belangrijke bijdrage levert aan de aanpak van gezondheidsproblemen<sup>1</sup>. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst of deze bijdrage ook daadwerkelijk wordt geleverd en rapporteert hierover in de Staat van de Gezondheidszorg. De inzichten uit deze rapportages worden gebruikt als input voor de nieuwe beleidscyclus.

---

<sup>1</sup> Staat van de Gezondheidszorg, IGZ, p.19



**Figuur 1: Preventiecyclus**

*Leeswijzer*

Deze nota is bedoeld als kadernota gezondheidsbeleid voor de regio West-Veluwe/Vallei. In het eerste hoofdstuk wordt het wettelijk kader geschetst. Vervolgens wordt er een terugblik gegeven op de beleidsperiode 2007 t/m 2010 in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 geeft een uiteenzetting van de ontwikkelingen: epidemiologisch, beleidsmatig en aanpalend. Vervolgens worden in hoofdstuk vier conclusies getrokken en worden aandachtspunten uiteengezet.

Binnen dit kader kan elke gemeenteraad concrete invulling geven aan hun eigen lokale beleid. Deze kadernota is hiervoor het raamwerk.

# 1. Wettelijk kader: de Wet publieke gezondheid (Wpg)

De wettelijke basis voor deze nota ligt in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet schrijft voor dat de gemeenteraad vóór 1 juli 2011 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt (art. 13, lid 2). De Wpg stelt ook minimale eisen aan de nota.

In de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid geeft de raad in ieder geval aan hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in artikelen 2 (taken publieke gezondheid), 5 (jeugdgezondheidszorg), 5a (ouderengezondheidszorg) en 6 (infectieziektebestrijding) genoemde taken alsmede aan de in artikel 16 genoemde verplichting (namelijk 'voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst').

Volgens de Wpg draagt het college zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding en regelt de Wpg de verantwoordelijkheden van het college inzake gemeentelijke gezondheidsdiensten.

Aan de uitvoering van de wettelijk taken kunnen bij algemene maatregel van bestuur nadere eisen of uitwerkingen worden gesteld.

Hieronder volgt een toelichting op taken van het college zoals door de Wpg gesteld.

## *Publieke gezondheid*

In de Wpg is de publieke gezondheidszorg omschreven als: de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten;

Belangrijkste wettelijke taak voor burgemeester en wethouders op dit vlak is het bevorderen van de samenhang en de continuïteit binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg, evenals de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Wettelijk is vastgelegd dat hieronder minimaal wordt verstaan dat het college:

- Inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking verwerft gebaseerd op epidemiologische analyse (dit betekent dat de gemeente gegevens dient te verzamelen en te analyseren over de gezondheidssituatie van de bevolking);
- Elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze gegevens verzamelt en analyseert over deze gezondheidssituatie;
- Gezondheidsaspecten bewaakt in bestuurlijke beslissingen (Ook bij besluiten op andere beleidsterreinen dan gezondheid en zorg moet rekening worden gehouden met de gevolgen voor de gezondheid van de inwoners. Denk hierbij aan besluiten over de aanleg van een bedrijventerrein, verkeerscirculatieplan, woningbouw of werkgelegenheid);
- Bijdraagt aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor gezondheidsbevordering (bijvoorbeeld programma's gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het Centrum Gezond Leven heeft een I-database waarin de effectiviteit van leefstijlinterventies inzichtelijk is gemaakt).
- Medisch milieukundige zorg bevordert evenals technische hygiënezorg, psychosociale hulp bij rampen. Medische milieukunde omvat onderzoek,

advisering en signalering op het gebied van milieu en gezondheid, bijvoorbeeld: het binnenmilieu op scholen, kwaliteit van natuurlijk zwemwater. Technische hygiënezorg gaat over de hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, tatoeage- en piercingstudio's, seks- en relaxhuizen en jeugdhulpverleningsinstellingen.

#### *Jeugdgezondheidszorg*

In de Wpg is de jeugdgezondheidszorg omschreven als: de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen tot negentien jaar.

De wettelijk taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg zijn:

- het volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen evenals gezondheidsbevorderende en – bedreigende factoren;
- behoefte aan zorg ramen;
- vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen;
- geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- maatregelen formuleren om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

#### *Ouderengezondheidszorg*

In de Wpg is de ouderengezondheidszorg omschreven als: de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen boven de vijftenzestig jaar.

De wettelijke taken op het gebied van ouderengezondheidszorg zijn:

- het volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- behoefte aan zorg ramen;
- vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit (het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een patiënt);
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- maatregelen formuleren om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

#### *Infectieziektebestrijding*

Het college draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval behoort:

- het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied;
- het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing;
- bron- en contactopsporing bij wettelijk omschreven meldingen (art. 21, 22, 25 en 26).

Het is de burgemeester die leiding geeft aan de bestrijding van de epidemie van een infectieziekte, alsook de directe voorbereiding daarop en zorgdraagt voor de toepassing van omschreven maatregelen. Echter alvorens maatregelen te treffen dient de burgemeester advies te vragen aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Bij de inwerkingtreding van de tweede tranche van de Wet Veiligheidsregio's dient de burgemeester in bepaalde gevallen taken en bevoegdheden over te dragen aan de voorzitter van de Veiligheidsregio.

#### *Bepalingen uit de Wpg over gemeentelijke gezondheidsdiensten:*

- Ter uitvoering van de taken zoals neergelegd in de Wpg draagt het college van burgemeester en wethouders zorg voor de instelling én instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst. (Overigens is het college vrij om de wettelijke taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg (art. 5, lid 2 a t/m e) geheel of gedeeltelijk over te laten aan een ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst.)

- Het college van burgemeester en wethouders moet ervoor zorgen dat de gemeentelijke gezondheidsdienst beschikt over deskundigen op het terrein van sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen.

In het volgende hoofdstuk wordt een terugblik gegeven op de periode 2007-2010.

## 2. Terugblik 2007-2010 regionaal

In dit hoofdstuk wordt teruggeblikt op de afgelopen vier jaar, op welke punten is vooruitgang geboekt en op welke minder. Daarnaast wordt per speerpunt het resultaat besproken.

### 1.1 Nota gezondheidsbeleid 2007-2010

De afgelopen vier jaar is er ingezet op verschillende aandachtspunten. Op een groot aantal punten is winst geboekt:

- Versterken gemeentelijke regie op GGD;
- Gestructureerd inzicht verkrijgen in de gezondheidssituatie van de bevolking op gemeenteniveau;
- Invulling geven aan de preventieprioriteiten alcohol, overgewicht en psychosociale weerbaarheid;
- Invoeren digitaal dossier jeugdgezondheidszorg, verwijzindex, zorgadviesteams, Centra Jeugd en Gezin (i.o.);
- Verbeteren aanrijtijden ambulances;
- Implementeren Wet tijdelijk huisverbod bij huiselijk geweld.

Minder vooruitgang is geboekt op:

- Het verhogen van de vaccinatiegraad;
- Aandacht voor het aspect gezondheid in gemeentelijk bestuur en beleid.

In onderstaande tabel wordt de terugblik per speerpunt beknopt en schematisch weergegeven.

<b>TERUGBLIK KADERNOTA GEZONDHEIDSBELEID WEST-VELUWE/VALLEI 2007-2010</b>			
<b><i>Speerpunten 2007-2010</i></b>	<b><i>Doel</i></b>	<b><i>Aanpak</i></b>	<b><i>Resultaat</i></b>
<b>1. + 2.</b> <b>Facetbeleid en signalering van belangrijke gevolgen voor de volksgezondheid bij besluitvorming</b>	Op alle beleids-terreinen rekening houden met gezondheidsaspecten. Ontwikkelen van een procedure met de GGD (HGM) over advisering bij besluiten van de gemeente die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de volksgezondheid.	Gemeentelijke (beleids-) medewerkers gevoelig maken voor het aspect gezondheid. Bijvoorbeeld door in bestaande formats voor college- c.q. raadsvoorstellen aandacht te vragen voor gezondheidseffecten of door interne trainingen te organiseren. De GGD (HGM) kan in voorkomende gevallen altijd advies geven vanuit hun specifieke deskundigheid.	Beleidsplannen zijn zo veel mogelijk integraal. Gemeentebreed is de aandacht voor volksgezondheid toegenomen. Bijvoorbeeld in relatie tot sport, ventilatie op basisscholen, speelruimte en fietsstimulering. Verdere verbetering blijft mogelijk en nodig.
<b>3.</b> <b>Ruimte creëren om in te spelen op actuele ontwikkelingen. Communicatie met en vraagformulering aan HGM hierbij betrekken</b>	De gemeentelijke regierol versterken door een gerichte aansturing van HGM.	Deelnemen aan de bestuurlijke benchmark in het kader van landelijke programma Beter Voorkomen om zodoende helder te krijgen wat de speelruimte voor gemeenten is binnen de Wet Gemeenschappelijke Regelingen en de Wet Publieke Gezondheid. Voor zover mogelijk maken van prestatieafspraken met HGM over hun basispakket van producten.	De samenwerking tussen de gemeenten die deelnemen in de gemeenschappelijke regeling Hulpverlening Gelderland Midden is zowel op ambtelijk als bestuurlijk niveau verbeterd. Zowel binnen regio de Vallei als met de regio Arnhem en omstreken. Kaderstelling door gemeenten richting HGM wordt zodoende zoveel mogelijk op



				elkaar afgestemd. HGM laat zich in de beleidsontwikkeling nadrukkelijker dan voorheen door de door gemeenten gestelde prioriteiten leiden. In jaarplannen/begrotingen maakt HGM een koppeling tussen het product, de prestaties en de bijbehorende financiën. Indicatoren zijn in ontwikkeling.
<b>4. + 5.</b>	<b>Afspraken maken met de GGD (HGM) over epidemiologisch onderzoek/ monitoring en daarop gebaseerde advisering</b>	Zodanig gegevens verzamelen en analyseren over gezondheid en welzijn van de bevolking dat risico's voor de volksgezondheid en risicogroepen worden geïdentificeerd en dat mogelijke oplossingsrichtingen helder worden.	Opstellen van een beleidskader epidemiologie en het maken van afspraken met de GGD (HGM) over hun rol in de advisering naar gemeenten ten aanzien van de gezondheidstoestand van de burgers.	Er is een monitorcyclus opgesteld waarbij elk jaar epidemiologische gegevens van een bepaalde bevolkingsgroep (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen) worden verzameld, geïnterpreteerd en gerapporteerd op gemeenteniveau. Hiermee wordt voldaan aan de eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bovendien sluit dit aan bij de Nationale Monitors Volksgezondheid en Jeugdgezondheidszorg.
<b>6.</b>	<b>Prioriteit geven aan het aanbieden van preventieprogramma's ten aanzien van: *genotmiddelen *overgewicht *weerbaarheid/ psychosociale problematiek</b>	Terugdringen van schadelijk alcoholgebruik, overgewicht en psychosociale problematiek met name bij kinderen en jongeren.	Maatschappelijke organisaties diverse preventieprojecten en -activiteiten laten uitvoeren.	In de regio wordt onder de noemer 'FrisValley' tot en met 2011 samengewerkt aan alcoholpreventie (kinderen tot 16 jaar) en alcoholmatiging (jongeren van 16 jaar en ouder) door middel van intensivering en harmonisering van voorlichting, regelgeving en handhaving. Na afloop zal worden gemeten in hoeverre de doelstellingen zijn behaald. Het programma B-Fit draait in het kader van het regionale project Gezondheid, Sport en Voeding tot en met 2011 op diverse peuterspeelzalen en (basis) scholen. Nadruk ligt op meer bewegen en gezond eten. In Scherpenzeel draait het project 'Senioren in beweging'. Er worden voor jeugdigen sociale vaardigheidstrainingen gegeven en ambulante psychosociale hulpverlening wordt geboden. Tevens wordt schoolmaatschappelijk werk ingezet.
<b>7.</b>	<b>Verhogen van de vaccinatiegraad</b>	In kernen waar de vaccinatiegraad onder de normen van de World Health Organization ligt betrokkenen bewust maken van het belang van vaccineren vanuit het oogpunt van volksgezondheid.	Afspraken maken met de JGZ-instellingen (consultatiebureaus en schoolartsdienst) over extra voorlichting over vaccineren. Bijvoorbeeld door bij de oproep voor vaccinatie extra informatie mee te sturen aan ouders.	Verhoging van de vaccinatiegraad op korte termijn is niet reëel. Wellicht zal een nog lopend onderzoek van een zogenoemde Academische Werkplaats naar de relatie tussen vaccinatiegraad en collectief-religieuze bezwaren aanknopingspunten bieden. Infectieziekten blijven een bedreiging voor de volksgezondheid (denk aan Mexicaanse griep en Q-koorts).
<b>8.</b>	<b>Invoeren van:</b>	Informatie en	De JGZ-instellingen werken,	Met ingang van het schoolseizoen

	<b>*het Digitaal Dossier JGZ</b> <b>*de Verwijs-Index</b> <b>*Centra voor Jeugd en Gezin</b> <b>*Zorg Advies Teams</b> <b>*logopedische screening</b> <b>*nieuwe werkwijze HGM schoolonderzoek jeugdgezondheidszorg t.b.v. risicokinderen</b>	risicosignalen over jeugdigen beter uitwisselen om verergering van problematiek te voorkomen. Realiseren van één centraal punt waar ouders en jongeren terecht kunnen voor opvoed- en opgroei-ondersteuning. Meer aandacht geven aan scholieren met een verhoogde kans op problemen.	onder regie van de gemeenten, nauw samen met het onderwijs, maatschappelijk werk en Bureau Jeugdzorg.	2010/2011 is het digitaal dossier JGZ ingevoerd. De verwijsindex is ingevoerd. In de regio zijn in 2011 de Centra voor Jeugd en Gezin geopend. Op scholen zijn ZAT's opgericht. Risicozorg voor scholieren is geïmplementeerd.
9.	<b>Verbeteren van de aanrijtijden van ambulances</b>	Overschrijding van de 15-minutenrichtlijn bij ambulancespoedritten terugdringen.	Op bestuurlijk niveau voortdurend aandacht vragen voor de performancecijfers van de regionale ambulance voorziening.	In alle gemeenten in de regio is het overschrijdingspercentage gedaald (van 10-30% in 2006 naar 6-16% in 2009).
10.	<b>Implementeren van de Wet tijdelijk huisverbod</b>	Bij (dreigend) huiselijk geweld de dader de toegang tot het huis ontzeggen (i.p.v. het slachtoffer elders laten opvangen).	Nadat een burgemeester een huisverbod heeft opgelegd e.e.a. juridisch laten afwickelen via het regionale Veiligheidshuis en hulp laten verlenen via het regionale Steunpunt huiselijk geweld.	De Wet is op moment van inwerkingtreding (1 januari 2009) in de Valleiregiogemeenten geïmplementeerd.

## 2.2. Rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2008 in het kader van gelaagd toezicht een inspectieronde gedaan langs de GGD-en. De bevindingen zijn terug te vinden in het rapport Staat van de Gezondheidszorg 2010. De belangrijkste aanbevelingen van de IGZ zijn:

- Gebruik het door de inspectie opgestelde referentiekader als leidraad voor aanpak sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV);
- Benoem speerpunten uit de landelijke nota, dus ook roken;
- Hanteer interventies uit 'leeflijnen' en hierop de interventiemix toepassen. Checken of deze interventies ook daadwerkelijk mensen bereiken. Draag 'eigen' interventies voor ter certificering;
- Daarnaast zijn er acht indicatoren openbare gezondheidszorg vastgesteld die door het RIVM verwerkt zijn in de standaardvraagstellingen;
- De indicatoren huiselijk geweld, binnenhuismilieu en geluidsoverlast zijn door het RIVM geëvalueerd en naar aanleiding van de evaluatie wordt de set herzien.

De door het RIVM vastgestelde indicatoren openbare gezondheidszorg neemt de GGD mee in haar gezondheidsenquêtes en hebben betrekking op overgewicht, roken, alcoholgebruik, eenzaamheid en psychosociale problemen.

De indicatoren voor jeugdgezondheidszorg (JGZ) en openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) worden in een apart traject vastgesteld.

### 3. Ontwikkelingen

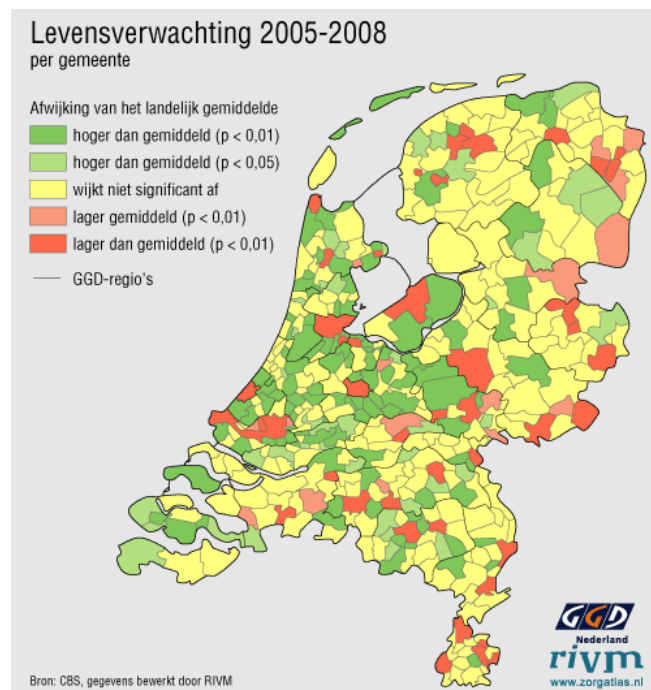
Het gaat redelijke goed met de volksgezondheid in Nederland. Zo is onze levensverwachting de afgelopen 5 jaar met twee jaar toegenomen en worden deze jaren grotendeels in goede gezondheid doorgebracht. De leefstijltrends lijken zich te stabiliseren en onze omgeving wordt steeds veiliger. De Nederlandse samenleving is op zichzelf gezond. De verdeling van onze welvaart wordt niet ongelijker en de gezondheidszorg is één van de meest toegankelijke ter wereld. Dit zijn gunstige omstandigheden voor de volksgezondheid. Omgekeerd heeft de volksgezondheid weer een gunstige invloed op de deelname aan het maatschappelijke en economische leven. De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (2010) van het RIVM laat zien dat investeren in gezondheid mogelijk en wenselijk blijft en voor de Nederlandse economie onontbeerlijk. Aanbevelingen hierin zijn dat er blijvende aandacht moet zijn voor gezondheidsbescherming. Vroegtijdige opsporing, screening en preventie leveren gezondheidswinst op en gezondheidsbevordering moet integraal opgepakt worden.

Om goed beleid te kunnen vormen, moeten de verschillende ontwikkelingen meegenomen worden. In dit hoofdstuk worden de epidemiologische, beleidsmatige en aanpalende ontwikkelingen beschreven.

#### 3.1 Epidemiologische gegevens

Met gezond zijn wordt bedoeld dat mensen lichamelijk, geestelijk en sociaal kunnen functioneren in de samenleving.

Hoe gezond de bevolking is, kan afgelezen worden aan verschillende maatstaven. Eén daarvan is de levensverwachting bij geboorte. In Nederland is momenteel de levensverwachting voor mannen ongeveer 78 jaar en voor vrouwen ongeveer 82 jaar. In de West-Veluwe/Vallei wijkt de levensverwachting in de gemeente Scherpenzeel niet significant af van het landelijk gemiddelde. In de gemeenten Barneveld, Ede en Nijkerk is deze significant hoger dan gemiddeld en in de gemeente Wageningen significant lager.



Figuur 2: Levensverwachting 2005-2008

### **3.1.1 Monitoring**

De GGD (HGM) registreert continu gezondheidsgegevens, bijvoorbeeld van de onderzoeken van kinderen door de jeugdartsen. Bovendien houdt de GGD (HGM) elk jaar een groot onderzoek onder één bevolkingsgroep om actuele gegevens te verkrijgen over de gezondheidssituatie, het welzijn en de behoefte aan voorzieningen van de inwoners. Deze inwoners zijn opgedeeld in leeftijdscategorieën: kinderen, jongeren op het VO (2<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> klas), volwassen van 19-64 jaar en 65+ers. Hieronder vindt een uiteenzetting plaats van de meest opvallende punten uit de laatstgehouden monitors.

#### **Ouderenmonitor (2006/2007)**

In de komende periode zal het aantal ouderen in absolute en relatieve zin toenemen. Hierdoor zal er rekening mee moeten worden gehouden dat:

- Eén derde van de ouderen alleen woont en één vijfde op bijstandsniveau. Zij maken weinig gebruik van inkomensondersteuning, omdat de kennis van deze voorzieningen vaak ontbreekt;
- Vijfenzeventig plussers en alleenstaande vrouwen een slechtere gezondheid dan de overige ouderen hebben;
- Een kwart van de ouderen beperkt is in hun mobiliteit;
- De belangrijkste gezondheidsproblemen zijn: vallen, overgewicht, eenzaamheid en psychische ongezondheid;
- Ouderen graag zelfstandig willen blijven wonen, liefst in een gelijkvloerse woning en in de buurt van zorgvoorzieningen;
- De belangrijkste zorgverlener de huisarts is;
- Ouderen voorzieningen als het gemeente- en zorgloket, de polikliniek, de bank en de bibliotheek te ver weg vinden.

#### **E-MOVO (2007/2008)**

Jongeren waarderen hun gezondheid over het algemeen positief. Maar hun leefstijl voldoet niet aan de norm voor gezond gedrag. Gezondheidsproblemen zijn vaak een optelsom van ongezond gedrag in het verleden. Dit betekent dat deze jongeren over een aantal jaren de negatieve gevolgen van hun leefstijl terug gaan zien in een slechtere gezondheid.

De volgende aandachtspunten zijn van belang:

- Tweederde van de jongeren eet niet voldoende groenten en fruit;
- Hoewel jongeren minder zijn gaan drinken gebruikt toch bijna de helft nog regelmatig alcohol;
- Eén op de tien leerlingen rookt dagelijks, vooral op school;
- 16% van de jongeren kampt met depressieve gevoelens;
- 44% van de seksueel actieve jongeren gebruikt niet altijd een condoom;
- Homoseksualiteit is nog verre van geaccepteerd. Dit kan problemen opleveren voor jongeren die op de eigen sekse vallen;
- Het aantal jongeren met ongewenste seksuele ervaringen is bijna verdubbeld;
- 7% van de jongeren heeft een internetverslaving en 30% van de jongeren zit meer dan 15 uur per week privé op internet;
- Vrijwel alle problematiek komt in grotere mate voor onder VMBO leerlingen dan onder HAVO/VWO leerlingen.

#### **Monitor Volwassenen (2008/2009)**

Ook de volwassenen waarderen hun gezondheid positief. Toch zijn er gezondheidsproblemen te melden. Deze wijken niet veel af van het landelijk gemiddelde maar bieden wel aanknopingspunten om gezondheidswinst te behalen.

- Gemiddeld 43% van de volwassenen heeft overgewicht;
- Eén op de tien volwassenen heeft een te hoge bloeddruk;

- Eén op de tien volwassenen is psychisch ongezond, een derde van de volwassenen loopt risico op een depressie of een angststoornis;
- Genotmiddelen: 90% consumeert alcohol, waarvan 10% overmatig. Een kwart rookt;
- 40% van de volwassenen wil afvallen;
- 36% van de volwassenen is matig of ernstig eenzaam;
- Eén op de tien mensen is weleens slachtoffer (geweest) van huiselijk geweld;
- Eén vijfde geeft aan dat er onveilige plekken in de buurt zijn en 15% voelt zich 's avonds en 's nachts onveilig;
- Een kwart van de mensen ervaart geluidsoverlast, vooral door brommers en buren;
- Ruim de helft van de mensen ventileert zijn of haar woning niet goed waardoor gezondheidsklachten kunnen ontstaan;

### **Kinderenmonitor (2009/2010)**

- Van de ouders in de HGM regio geeft 95% aan dat de gezondheid van hun kind goed tot heel goed is;
- De kwaliteit van leven wordt wat lager beoordeeld: 13% noemt dit laag, 35% vindt het gemiddeld;
- Een derde van de kinderen uit de HGM regio is gepest in de afgelopen drie maanden. Dit gebeurt meestal op school;
- 15% van de gezinnen heeft moeite met rondkomen en gaat door geldgebrek niet op vakantie of dagjes uit. Bijna één op de tien gezinnen meldt dat hun kind uit geldgebrek niet naar sportclub of -vereniging gaat;
- Bijna driekwart van de ouders praat weleens over opvoedingsproblemen met familie en vrienden;
- Ruim de helft van de gezinnen (57%) wil hulp of advies ontvangen van het consultatiebureau, 16% van de schoolarts en 29% van een opvoeddeskundige;
- Hoewel bijna 100% van de kinderen dagelijks ontbijt, eet iets meer dan de helft dagelijks fruit en minder dan de helft dagelijks groente. Een kwart van de kinderen beweegt te weinig;
- Ouders schatten het gewicht van hun kinderen niet altijd realistisch in: het onderzoek wijst uit dat 68% van de kinderen een normaal gewicht heeft terwijl 86% van de ouders aangeeft dat hun kind een normaal gewicht heeft;
- Eén op de tien moeders heeft tijdens de zwangerschap gerookt, 7% dronk alcohol. Dit percentage ligt hoger onder laag opgeleide moeders;
- 32% van de ouders vindt het acceptabel dat een kind onder de 16 jaar af en toe alcohol drinkt. Een heel glas of zelfs meerdere glazen worden veel minder geaccepteerd (resp 5% en 0%);
- Bijna de helft van de ouders drinkt heel soms tot vaak alcohol in het bijzijn van het kind.

### **3.1.2 Infectieziekten**

Infectieziekten blijven een actueel probleem. Er is een landelijke toename van infectieziekten (nieuwe ziekten en terugkeer van 'oude bekenden'). Een aantal maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de veranderende samenstelling van de bevolking, andere leefstijlen en toegenomen reizigersverkeer, heeft ertoe geleid dat infectieziekten zich gemakkelijker verspreiden. Daarnaast is er een gewijzigde meldingsplicht in de Wet publieke gezondheid. Het risico op grootschalige epidemieën is daardoor aanzienlijk vergroot. Zo hebben we kunnen ervaren bij de uitbraak van Nieuwe Influenza A (Mexicaanse griep). Ook moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid van virusoverdracht van dier op mens, zoals bij de Q-koorts. In 2008 waren er 3 meldingen, in 2009 waren dat er elf.

De kans op het uitbreken en snel verspreiden van besmettelijke ziekten is in onze regio relatief groter omdat delen van de bevolking zich om principiële redenen niet of slechts

gedeeltelijk laten vaccineren. Met name kinkhoest komt relatief vaak voor en is het aantal gevallen in het afgelopen jaar gestegen van 220 in 2008 naar 292 in 2009. Ook vindt er sinds kort een opleving plaats van de bof.

In de gemeente Barneveld, Ede en Scherpenzeel zijn de vaccinatiepercentages voor de DKTP4, Hib-vaccinatie en BMR-vaccinatie voor zuigelingen beneden de norm die de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft gesteld (90%). Enkele woonkernen in de regio (Kootwijkerbroek, Harskamp, Ederveen en Wekerom) hebben een zeer laag vaccinatiepercentage. De groepen die zich niet laten vaccineren lopen een verhoogd risico op de betreffende infectieziekten. Bovendien is er een verhoogd risico op het uitbreken van epidemieën. Dit vergt extra alertheid bij het reageren op meldingen in deze gemeenten en kernen.

Andere ontwikkelingen die de laatste jaren in het oog springen zijn een toename van het aantal HIV infecties. Deze zijn meer dan verdubbeld, van 7 in 2008 tot 19 in 2009. Een andere stijging is te zien bij de seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's). Gonorrhoe (2008:38, 2009:54), chlamydia (2008:205, 2009:237) en syfillis (2008:7, 2009:14) zijn de meest voorkomende SOA's.

#### *Extra risicofactor*

Een extra risicofactor waar aandacht aan wordt besteedt is de *sociaal economische status*. Er bestaan belangrijke verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge sociaaleconomische status (ses) en mensen met een lage ses. Een groot aantal gezondheidsproblemen, zoals veel chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen komt meer voor bij mensen met een lagere sociaaleconomische status. Laagopgeleiden leven gemiddeld zeven jaar korter en brengen veertien jaar meer door in slechte gezondheid dan hoogopgeleiden.

De landelijke preventienota zal zich gaan richten op diabetes, depressie, overgewicht, alcoholgebruik en roken.

## 3.2 Beleidsmatige ontwikkelingen

### **Preventie**

Er is sprake van toenemende aandacht voor preventie c.q. gezondheidsbevordering.

Voor de periode 2011-2014 versterkt het rijk het reeds in de vorige periode ingezette preventiebeleid. Speerpunten als het terugdringen van overgewicht, alcoholpreventie en -matiging en geestelijke gezondheid worden naar verwachting geïntensiveerd. Bovendien wordt aandacht gevraagd voor seksuele gezondheid en preventieve ouderenzorg. Preventie speelt ook een steeds grotere rol in de eerstelijnsgezondheidszorg. Preventieve interventies gericht op individuen zijn of worden in het basispakket van de zorgverzekering opgenomen (bijvoorbeeld gericht op stoppen met roken of op meer bewegen). Collectieve preventie is en blijft een verantwoordelijkheid van gemeenten.

### **Integraal beleid**

Een gezonde leefstijl is natuurlijk in eerste instantie een verantwoordelijkheid van het individu. Echter, het fysieke en sociale milieu is van grote invloed op de (volks)gezondheid. Vuile lucht bijvoorbeeld (zowel buiten als binnen) schaadt de gezondheid. Ook zijn er grote gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en met een lage sociaal-economische status (opleiding en/of inkomen). De omgeving zou in alle opzichten veilig moeten zijn en gezonde keuzes mogelijk en makkelijker moeten maken. Een gemeente kan verbanden leggen tussen gezondheid en onderwijs, leefomgeving, veiligheid etc. Integraal (gezondheids)beleid is nodig om meer gezondheidswinst te kunnen behalen.

## **Samenwerking**

Verbinding tussen preventie en zorg en tussen welzijn en zorg is dus nodig. Hiervoor is afstemming en samenwerking een voorwaarde. Met name tussen eerstelijnsgezondheidszorg en welzijnsaanbieders. Bij dementie bijvoorbeeld is ketenzorg van groot belang. Gemeenten kunnen zonedig de verschillende op lokaal niveau werkende zorg- en welzijnsaanbieders stimuleren met elkaar samen te werken en activiteiten op elkaar aan te laten sluiten.

## **Kwaliteit**

Onder druk van de IGZ moet gezondheidsbeleid ook resultaatgerichter worden. Bewezen of veelbelovende interventies moeten worden gehanteerd. Daarbij moet een mix van interventies worden toegepast en worden gecheckt of deze interventies ook daadwerkelijk mensen bereiken. Ook de rol tussen de gemeente en de GGD (HGM) moet helder zijn. Gemeentelijk gezondheidsbeleid zal door de IGZ worden getoetst met behulp van de Indicatoren Openbare Gezondheidszorg o.a. ten aanzien van: overgewicht, roken, alcoholgebruik, eenzaamheid, depressies, huiselijk geweld, binnenhuismilieu en geluidsoverlast.

## **3.3 Aanpalende ontwikkelingen**

### **Bezuinigingen**

De economische crisis raakt de gehele samenleving. Het kabinet investeert miljarden euro's om de effecten van de crisis te dempen. Om dit te bekostigen worden op termijn forse bezuinigingen op de Rijksbegroting doorgevoerd. Dat heeft consequenties voor de financiële ruimte van de gemeenten. Gemeenten staan daardoor de komende jaren voor de taak miljoenen te bezuinigen.

### **Wet en meldcode aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling**

In 2011 treedt naar verwachting de Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling in werking. Deze wet stelt gebruik van een meldcode en protocol voor professionals verplicht bij signalen van huiselijk geweld en/of kindermishandeling. De wet is na invoering van toepassing op ruim 1 miljoen professionals in de gezondheidszorg, welzijn, onderwijs, jeugdzorg en justitie.

De meldcode bestaat uit een stappenplan en een protocol waarin staat wat een professional moet doen bij vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling.

Het Steunpunt Huiselijk Geweld West-Veluwe/Vallei ondersteunt de organisaties in de regio bij de invoering en implementatie van meldcode en protocol en de scholing van professionals.

### **Nieuwe Wet Ambulancezorg (WAZ)**

In de loop van 2011 wordt de nieuwe Wet Ambulancezorg van kracht. Belangrijkste veranderingen ten opzichte van de huidige situatie:

- De minister verstrekt de vergunningen (nu zijn dat de provincies);
- De zorgverzekeraars krijgen een meer centrale rol. De minister van VWS gaat vergunningen afgeven na een zwaarwegend advies van de zorgverzekeraars en het GHOR-bestuur (i.c. het Regionaal College van Hulpverlening Gelderland Midden). De zorgverzekeraars moeten onderhandelen met de aanbieders over het effectief inzetten van het beschikbare geld;
- De ambulancezorg wordt voortaan vooral overal regionaal georganiseerd. Daarmee ontstaat er meer helderheid in de aansturing en verantwoordelijkheden.

Aanvankelijk was er sprake van een open aanbestedingsprocedure voor aanbieders van ambulancezorg (zowel publiek als privaat). Later heeft de minister bepaald dat alleen de zittende vervoerder een vergunning kan aanvragen. Hulpverlening Gelderland Midden is op dit moment de uitvoerder van de ambulancezorg in de regio. De ambulancezorg moet van hoge kwaliteit zijn en voldoen aan het landelijke programma van eisen dat onder

andere voorwaarden zal bevatten over het materieel, de opleidingseisen, de inrichting van de meldkamer, de procedures bij opschaling in geval van calamiteiten enz.

### **Wet Veiligheidsregio's (WVR)**

De Wet Veiligheidsregio's vervangt de Brandweerwet 1985, de Wet rampen en zware ongevallen en de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Centraal doel van deze wet is het verbeteren van de rampenbestrijding en crisisbestrijding. Omdat gemeenten veelal te klein zijn om een ramp of crises te bestrijden, zijn er veiligheidsregio's ingesteld. De wet verdeelt Nederland in 25 veiligheidsregio's, welke geografisch samenvallen met de politieregio's. Door de brandweezorg, de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, de rampenbestrijding en crisisbeheersing en de politie op regionaal niveau bij elkaar te brengen, wordt niet alleen de slagkracht vergroot maar wordt ook eenheid, eenduidigheid en eenvoud in de aanpak bereikt.

De wet verplicht gemeenten een gemeenschappelijke regeling in te stellen, waaraan de uitvoering van brandweertaken en taken in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen worden opgedragen.

De wet stelt dat elke regio een openbaar lichaam moet hebben waarbij is aangegeven dat de term *veiligheidsregio* in de naam verwerkt moet zijn. De naam van Hulpverlening Gelderland Midden (HGM) wordt aangepast in Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden. Dit omvat de huidige organisatie HGM, de bestuurlijke samenwerking op het gebied van veiligheid, publieke gezondheidszorg en ambulancezorg én de ambtelijke samenwerking tussen HGM, politie, gemeenten en waterschappen op het gebied van multidisciplinaire rampen- en crisisbestrijding en de gemeenschappelijke meldkamer. Het regionale bestuur vervult een coördinerende rol bij de bestrijding van rampen en de beheersing van een crisis door zowel afstemming te organiseren tussen partners binnen de veiligheidsregio als daarbuiten. Het bestuur van de veiligheidsregio stelt daarvoor een GHOR-organisatie in (= Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen).

### **Alcoholpreventie/wijziging Drank- en Horecawet**

De Drank- en Horecawet (DHW) gaat waarschijnlijk gewijzigd worden. Hoofdpunten van het wijzigingsvoorstel DHW zijn:

- Gemeenten worden verplichte een verordening op te stellen over o.a. schenktijden voor paracommerciële instellingen zoals sportverenigingen en culturele centra;
- De mogelijkheid voor gemeenten om bij verordening horecasluitingstijden te koppelen aan leeftijdsgrenzen;
- Gemeenten wordt het toegestaan bij verordening de toepassing van happy hours en prijsacties te beperken;
- Supermarkten (en andere niet-vergunningplichtige detailhandelaren) die binnen een jaar 3 keer betrappt worden op het verkopen van alcohol aan jongeren onder de 16 jaar mogen tijdelijk helemaal geen alcoholhoudende drank meer verkopen
- Strafbaarstelling van jongeren onder de 16 jaar voor het bij zich hebben van alcoholhoudende drank op de openbare weg;
- Het toezicht op de naleving van de Drank- en Horecawet gaat over van de Voedsel – en WarenAutoriteit naar de gemeenten.

Rekening houdend met het wettelijk kader en de ontwikkelingen worden in hoofdstuk 4 conclusies getrokken en aandachtspunten genoemd.



## 4. Conclusies en aandachtspunten regionaal

Gedragsverandering kost tijd. Dat is de afgelopen jaren heel duidelijk gebleken c.q. opnieuw bevestigd. Gemeenten doen er dus verstandig aan te kiezen voor beleidsconsistentie. Dat betekent voortzetting van eerder ingezet en van bestaand beleid.

De wethouders volksgezondheid van de 5 gemeenten hebben zich tijdens hun bestuurlijk overleg in april 2010 uitgesproken vóór de insteek beleidsconsistentie. Met daaraan gekoppeld een keuze voor de doelgroepen kinderen, jongeren en ouderen en niet specifiek de volwassenen.

Door bovenstaande insteek te kiezen zijn sommige onderdelen de komende periode geen speerpunt. Dat betekent niet dat hiervoor geen aandacht is. Elke gemeente biedt een basisvoorziening aan voor elke doelgroep.

De speerpunten van de gemeenten Barneveld, Ede, Nijkerk, Scherpenzeel en Wageningen voor de komende jaren zijn: overgewicht, alcoholgebruik met name onder jongeren, psychosociale problematiek en de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling.

Roken, diabetes, seksuele gezondheid en valpreventie vormen geen speerpunt de komende jaren, zelfs al zijn dat landelijke preventieprioriteiten en/of epidemiologisch gezien aandachtspunten.

Verder is in het gezondheidsbeleid, waar mogelijk, aandacht voor kwaliteit en versterking van de contacten tussen eerstelijnsgezondheidszorg (en dan met name huisartsen) en gemeenten (openbare gezondheidszorg). Het is landelijk de bedoeling dat partijen een zogenaamd Preventie Toets Overleg ontwikkelen waarin gemeente, GGD, zorgaanbieders in de eerste lijn en zorgverzekeraars samenwerken en preventiebeleid vaststellen én behalen. Het rijk verwacht van gemeenten dat zij in hun gezondheidsbeleid meer op resultaat gaan sturen.

# Uitwerking Gemeente EDE

***Voor informatie kunt u contact opnemen met:***

*Gemeente Ede*

*Dineke van Engelenburg*

*Afdeling Welzijn & zorg*

*Telefoon 0318 – 68 09 74*

*E-mail [dineke.van.engelenburg@ede](mailto:dineke.van.engelenburg@ede)*

# 1. Terugblik Ede 2007 t/m 2010

## 1.1. PRIORITEITEN

In de afgelopen 4 jaar lag in Ede de prioriteit bij de volgende thema's:

- a) terugdringen schadelijk alcoholgebruik, met name bij de jeugd;
- b) met Hulpverlening Gelderland Midden (budget)afspraken en SMART-afspraken maken wat betreft hun dienstenpakket aan gemeenten, inclusief de ambulancezorg;
- c) op gebied van jeugdgezondheidszorg de invoering van het Elektronisch Kinddossier en de realisatie van Centra Jeugd & Gezin.

### **ad a)**

#### **> Platform Alcohol & Jeugd Ede**

Het Platform Alcohol & Jeugd is opgericht op verzoek van de gemeenteraad. Het Platform heeft een rol bij het terugdringen van overmatig en schadelijk alcoholgebruik, met name onder jongeren. Op 10 juli 2007 is de startnotitie alcohol & jeugd vastgesteld en heeft het college ingestemd met de samenstelling en taakopdracht van het Platform Alcohol & Jeugd. De raadscommissie Maatschappelijke Zaken heeft op 19 september 2007 ingestemd met de startnotitie en de taakopdracht.

In opdracht van de gemeente heeft STAP, landelijk expertisecentrum voor effectief alcoholmatigingsbeleid van de overheid, als vervolgstap een plan van aanpak geschreven. Het Platform Alcohol & Jeugd heeft het college geadviseerd met het plan in te stemmen. De leden van het Platform verklaarden zich bereid hun bijdrage te leveren aan de uitvoering van het plan dat 2 hoofddoelstellingen heeft:

- het opschuiven van de startleeftijd van alcoholgebruik en
- afname van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren tot 25 jaar (minder vaak drinken en minder drinken per gelegenheid).

Met het opstellen van de startnotitie en het projectplan en de vorming van het Platform Alcohol & Jeugd werd voldaan aan de motie van de gemeenteraad:

- a) een platform inrichten
- b) het opstellen van een missie (staat in de startnotitie)
- c) meetbare doelen formuleren en beoogd maatschappelijk effect aangeven (staat in het projectplan)
- d) plan van aanpak ontwerpen met bijbehorende activiteiten
- e) uitwerken benodigde communicatie rond dit project (periodiek)
- f) nota's gezondheidszorg en verslavingszorg erbij betrekken
- g) acties evalueren en communiceren naar de raad (gebeurt periodiek gedurende de looptijd van het project).

De uitvoering van het plan van aanpak ligt bij een gemeentelijke werkgroep met vertegenwoordigers van de afdelingen volksgezondheid, jeugd, veiligheid en recht en handhaving.

Het Platform alcohol & jeugd bestaat uit vertegenwoordigers van de GGD, de verslavingszorg, sportverenigingen, horeca, scouting, het onderwijs, politie, Voedsel- en Warenautoriteit, kerken, de Jongerenraad en de gemeenteraad. De wethouder van volksgezondheid is voorzitter.

#### **> Regionaal project FrisValley**

Ede heeft het Regiocontract mee ondertekend, een overeenkomst met de provincie om samen met regiogemeenten vorm te geven aan beleid rond alcohol en jongeren. De provincie verstrekt een subsidie van € 289.600,00 voor 2008 t/m 2011. Deelnemende gemeenten dragen uit eigen middelen 50% co-financiering bij. De provincie heeft de

gemeente Scherpenzeel aangewezen als bestuurlijk trekker van het onderdeel alcohol & jongeren.

De aanpak van FrisValley richt zich vooral op het terugdringen van de beschikbaarheid van alcohol voor jongeren. In 2008 is een nalevingsonderzoek gehouden in de Vallei. Doel hiervan was het in kaart brengen hoe vaak jongeren tot 16 jaar alcohol kunnen aanschaffen in supermarkten, slijterijen, horecagelegenheden, cafetaria's, jongerencentra en sportkantines. Onder de regio vallen de gemeentes Barneveld, Ede, Nijkerk, Scherpenzeel en Wageningen; de gemeenten Woudenberg en Renswoude hebben zich aangesloten bij FrisValley.

In totaal zijn in de regio 33 supermarkten, 24 slijterijen, 44 horecagelegenheden, 37 cafetaria's, 14 sportkantines en 2 jongerencentra bezocht en zijn 154 aankoopogingen gedaan.

Het percentage succesvolle aankoopogingen (alcohol kon worden aangekocht) bedroeg gemiddeld 80,5%; 19,5% kreeg geen alcohol mee (= nalevingspercentage). Dit percentage komt redelijk overeen met recent landelijk onderzoek (Kruize & Bieleman, 2008). Meer dan 85% jongeren kreeg alcohol mee. Uit eerder gehouden onderzoeken in Nederland blijken nalevingspercentages van 10%- 30%.

#### **ad b)**

Waar mogelijk heeft Ede dit samen met de regiogemeenten gedaan. Een voorbeeld van afspraken is de 4-jarige onderzoekscyclus (zie hfdst. 3.1.1.) met uitkomsten, conclusies en aanbevelingen per gemeente.

De gezamenlijke opdracht aan HGM om te komen tot invoering van het Elektronisch Kinddossier is een geslaagd voorbeeld.

De 16 portefeuillehouders van de regio's Oost en West van HGM overleggen 2x per jaar gezamenlijk.

Het maken van SMART-afspraken, zeker op gebied van ambulancezorg waar gemeenten nagenoeg geen partij zijn, neemt de nodige tijd in beslag.

#### **ad c)**

Het Elektronisch Kinddossier (nu digitaal dossier genoemd) hebben de 3 uitvoerende organisaties jeugdgezondheidszorg in 2009 aanbesteed en vanaf 2010 geïmplementeerd. De uitvoerende organisaties zijn Kruiswerk West-Veluwe en Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland voor de 0-4 jarigenzorg en HGM voor de 4-19-jarigen zorg.

Het eerste Centrum voor Jeugd en Gezin is in juni 2009 geopend in het Beatrixpark als onderdeel van het hier al gevestigde Eerstelijnscentrum. Het tweede CJG is in 2010 geopend in Gezondheidscentrum Bellestein in Veldhuizen. Een derde is in ontwikkeling in Bennekom. Beleidsmatig vallen de CJG's niet meer onder volksgezondheid/jeugdgezondheidszorg maar onder het beleidsveld jeugd. In deze nota komt dit onderwerp daarom niet meer expliciet voor.

## **1.2. BENOEMDE AANDACHTSPUNTEN**

Aanvullend waren voor de afgelopen periode 10 aandachtspunten geformuleerd. Door middel van voortgangsrapportages (mei 2008 reg.nr. OCS/2008/10671 en mei 2009, zaaknummer 582694) heeft het college de gemeenteraad jaarlijks op de hoogte gesteld van de voortgang. Onderstaand de aandachtspunten, met korte toelichting op het resultaat:

### **> 1. Facetbeleid**

Bedoeling was de rubriek *effect op de volksgezondheid* toe te voegen aan bestuurlijke formats. Dit is gebeurd in het registratiesysteem Verseon maar heeft nog geen tastbare uitkomsten opgeleverd.

### **> 2. Signalering belangrijke gevolgen volksgezondheid bij besluiten**

De 5 regiogemeenten wilden dit gezamenlijk oppakken; door de veelheid aan andere onderwerpen is dit niet uitgewerkt. Ede-breed is de aandacht voor volksgezondheid duidelijk toegenomen, zie ook hierna onderdeel 3, relatie met andere beleidsvelden.

### **> 3. Communicatie met en vraagformulering aan HGM**

Zowel ambtelijk als bestuurlijk zijn de contacten frequenter. HGM heeft vaste contactpersonen aangewezen binnen hun organisatie die de vragen van gemeenten adequaat beantwoorden. Bij de start van hun beleidscyclus, de zogenaamde Kaderbrief, kunnen de gemeenten hun inbreng leveren.

#### **> 4. Beleidskader epidemiologie**

Basispakket epidemiologie is vastgesteld. 4-jarige cyclus levert gegevens over de bevolkingsgroepen kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. HGM levert gegevens aan per gemeente.

#### **> 5. Interpretatie onderzoeksgegevens en advies HGM**

De rapportage van HGM bevat conclusies en aanbevelingen aan Ede. Waar mogelijk nemen wij die over.

#### **> 6. Preventieprogramma's o.a. alcohol en overgewicht**

Platform Alcohol & Jeugd is gerealiseerd. Startnotitie en plan van aanpak zijn vastgesteld. Deelname aan regionaal project FrisValley. FrisValley heeft onderzoek gedaan naar beschikbaarheid van alcohol (bij o.a. winkels, kantines, horeca): *Alcohol-verstrekking aan jongeren onder de 16 jaar in regio De Vallei*.

BuurtOnderwijsSport-project tegen overgewicht is eind 2008 afgerond.

Peuterspeelzaal en enkele basisscholen uit Ede hebben meegedaan aan regionaal project *Gezondheid, voeding en sport*. Accent lag op het stimuleren van het fietsgebruik woon-/schoolverkeer.

#### **> 7. Verhogen vaccinatiegraad**

Ondanks intensievere voorlichting door uitvoerende organisaties jeugdgezondheidszorg is er geen opvallende stijging van de vaccinatiegraad.

#### **> 8. Invoering Elektronisch Kinddossier en Verwijsindex**

Is gerealiseerd in 2010 resp. 2009.

#### **Nieuwe werkwijze HGM jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar**

HGM heeft deze werkwijze, met meer aandacht voor risicokinderen, in 2008 ingevoerd.

#### **> 9. Aanrijtijden ambulances**

Het percentage spoedeisende ritten binnen de norm aanrijtijd van 15 minuten is gestegen van 90,6% in 2007 tot 93,5% in 2009. De cijfers over heel 2010 komen in 2011 beschikbaar. De stijgende lijn is er nog steeds ondanks het aantal toegenomen ritten. De aanrijtijden voor de buitendorpen liggen niet altijd binnen de norm. Het regelen van verkeerslichten zou hieraan nog een bijdrage kunnen leveren. In de buitendorpen is een aantal AED's geplaatst in zogenaamde buitenkasten, aangesloten op de meldkamer ambulancezorg. Over het gebruik van de AED's is, gezien de relatief korte periode, nog weinig te zeggen.

#### **> 10. Implementatie Wet tijdelijk huisverbod**

De wet is op 1 januari 2009 van kracht geworden en op dat moment geïmplementeerd in Ede (en de overige Valleigemeenten).

### **1.3. RELATIE MET ANDERE BELEIDSVELDEN**

#### **1.3.1. Milieu**

Het aspect gezondheid is van belang op veel terreinen. Waar nodig en mogelijk speelt dit aspect mee in de besluitvorming. Een terrein waarop Ede zich laat adviseren door de GGD is de medisch milieukundige zorg. De GGD (team Milieu en Gezondheid) heeft ons in 2009 33 maal ondersteund of geadviseerd over onder andere geluid, eikenprocessierups, eigen drinkwaterputten, elektromagnetische velden, asbest, binnenmilieu en ongedierte. In 2006, 2007 en 2008 was dat resp. 20, 28 en 35 keer. Verder gaf men in 2009 ook advies over de gezondheidsaspecten van een dicht bij de A12 gepland kinderdagverblijf. Binnenmilieu was eveneens een speerpunt. Er werd een start gemaakt met voorlichting over gezond wonen (i.s.m. woningcorporatie). In de periode 2008-2012 krijgt in Ede elke basisschool met natuurlijke ventilatie een bezoek van de GGD. Deze voert metingen uit en geeft de school een advies op maat. Hierdoor moet het bewustzijn voor het binnenmilieu bij leerlingen en leerkrachten vergroot worden en problemen aangepakt. In 2009 zijn 4 scholen bezocht en van een ventilatieadvies op maat voorzien. Twee scholen

hebben een herhalingsbezoek gehad. De GGD zal ons ook de komende jaren blijven adviseren.

### **1.3.2. Sport (en voeding)**

Er is een nauwe samenwerking tussen de gemeentelijke afdelingen sport en gezondheid. De afgelopen jaren zijn de zogenaamde BuurtOnderwijsSport-projecten gehouden. Daarnaast probeert Sportservice Ede burgers waar mogelijk te stimuleren om meer te bewegen.

Ede neemt deel aan het regionale project Sport, Gezondheid en Voeding (5 gemeenten in De Vallei). 'Gebruik je benen' is een activiteit die op enkele basisscholen is gehouden. Doel was ouders en kinderen te motiveren op de fiets of lopend naar school te komen. Het regionale project loopt tot eind 2011 en legt nu het accent op gezonde voeding.

### **1.3.3. Openbare orde en veiligheid/vergunning en handhaving**

Sinds een aantal jaren zet Ede in op het terugdringen van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren. Doel is het opschuiven van de startleeftijd van alcoholgebruik en afname van schadelijk alcoholgebruik onder jongeren tot 25 jaar (minder vaak drinken en minder drinken per gelegenheid). Er is een Platform alcohol & jeugd opgericht waarin vertegenwoordigers van (maatschappelijke) organisaties in Ede het klankbord vormen van het college. Er is een plan van aanpak vastgesteld en een gemeentelijke werkgroep gevormd met deelnemers vanuit de beleidsvelden volksgezondheid, jeugd, openbare orde en vergunning en handhaving.

## **1.4. RESULTATEN ONDERZOEKEN**

De 16 gemeenten uit het werkgebied van GGD/HGM hebben met HGM een 4-jarige onderzoekscyclus afgesproken. In die 4 jaar komen alle bevolkingsgroepen aan bod: kinderen tot 12 jaar, jongeren op het VO (2<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> klas), volwassenen van 19-64 jaar en 65+ers. In hoofdstuk 3.1.1. (Monitoring) van het regionale deel van deze nota staan algemene uitkomsten van de monitors. Bij de uitvoering van de monitors werkt HGM samen met vier andere GGD-en in de regio Oost-Nederland. De resultaten van Ede kunnen daardoor vergeleken worden met de andere gemeenten binnen de regio Gelderland Midden en regio Oost-Nederland. Onderstaand de uitkomsten voor Ede per bevolkingsgroep.

### **1.4.1. Ouderenmonitor (2006/2007)**

Ede heeft niet meegedaan aan deze monitor. Als voorbereiding op de WMO en de woonzorgzones had Ede al diverse onderzoeken laten uitvoeren en waren voldoende gegevens beschikbaar. In 2011/2012 zal Ede wel onderzoek laten doen.

### **1.4.2. E-MOVO jongeren (2007/2008)**

De keuze is aan de scholen om al dan niet aan het onderzoek mee te doen. Voor sommige scholen is het lastig in te passen in de planning van hun computerlokaal. E-MOVO wordt elektronisch afgenomen.

1219 Edese jongeren hebben via internet de enquête ingevuld. Dit is vrijwel gelijk aan het aantal in 2003, iets meer meisjes dan jongens. De uitkomsten van de Edese monitor wijken niet significant af van de jongeren uit de hele HGM-regio. Die uitkomsten staan in hoofdstuk 3.1.1. van het regionale deel. Zorgelijk blijft het alcoholgebruik onder jongeren. Om dit terug te dringen is het Platform alcohol en jeugd actief en doet Ede mee aan FrisValley.

Het aantal jongeren dat nooit wiet of hasj aangeboden kreeg ligt hoger (82%) dan in de hele regio (77%). Dat geldt dan zowel op school, thuis, bij vrienden of in de disco of het café.

Van de jongeren vindt 79% dat zij een normaal gewicht hebben, niemand geeft aan ernstig overgewicht te hebben, 7% kampt met matig overgewicht. Ook deze cijfers zijn gelijk aan de hele HGM-regio.

### **1.4.3. Monitor volwassenen (2008/2009)**

De Edese resultaten komen voor een groot deel overeen met het regionaal en bovenregionaal gemiddelde. Een aantal wijkt iets af. De volwassenen tussen 19 en 65 jaar die de enquête invulden hebben minder vaak moeite om rond te komen en hebben minder vaak problematische schulden.

Ze drinken minder vaak alcohol, vooral in de leeftijdsgroep 35-50 jaar. De volwassenen in Ede voldoen best goed aan de beweegnorm maar eten minder groente, minder fruit en minder vis dan de norm voorschrijft.

HGM doet aanbevelingen waar Ede nog gezondheidswinst kan boeken:

- De resultaten zijn een onderbouwing van het huidige beleid; handhaving van de geformuleerde speerpunten in de komende beleidsperiode is gewenst.
- Besteed meer aandacht aan de onderwerpen alcohol en overgewicht. Focus niet alleen op jeugd en hun ouders maar ook op andere volwassenen. 6% van de 35-50-jarigen drinkt te veel, bij de 19-35 jarigen en de 50-65-jarigen is dat 13% en 11%.
- Het aantal meldingen van huiselijk geweld blijft achter bij het aantal mensen dat slachtoffer is (geweest). Dit is een regionaal beeld. Van de respondenten geeft 40% aan niet te weten waar ze naartoe kunnen als er sprake is van huiselijk geweld of signalering daarvan. HGM adviseert om ook hieraan aandacht te besteden.
- Besteed aandacht aan sociaal-economische gezondheidsverschillen.
- Zet in op bijvoorbeeld meer vergunningen voor viskramen. Stimuleer kook- en eetclubs in de wijk- en buurtcentra. Behalve een stimulans voor gezonde voeding kan dit ook bijdragen aan de bevordering van sociale contacten en het terugdringen van eenzaamheid.

### **1.4.4. Kinderenmonitor 12- (2009/2010)**

Uit de kinderenmonitor blijkt dat er ook in Ede aanzienlijke sociaal-economische gezondheidsverschillen bestaan. Volgens de GGD is dit niet een specifiek Edes maar een landelijk beeld. Bij de aanpak is een combinatie van maatregelen nodig op gebied van opleiding en inkomen, woon- en werkomstandigheden en leefstijl en het toegankelijker en effectiever maken van de zorg. In opdracht van Ede heeft HGM in 2009 en 2010 op enkele basisscholen extra aandacht besteed aan het gebruik door minima van inkomensondersteunende regelingen bij medisch noodzakelijke kosten.

HGM adviseert om als gemeente, naast de lokale speerpunten, ook aandacht te hebben voor de seksuele opvoeding. Het verdient volgens de gezondheidsdienst aanbeveling om, met respect voor ieders overtuiging, kinderen de basisbegrippen rond vriendschap en relaties bij te brengen.

In Ede zijn minder kinderen dan gemiddeld lid van een sportclub of vereniging. De gemeente zou volgens HGM deelname moeten stimuleren.

## 2. Periode 2011 t/m 2014

### 2.1. CONVENANTAFSPRAKEN COLLEGE M.B.T. GEZONDHEID

In het Edese collegeconvenant voor de bestuursperiode 2010-2014 staan de volgende afspraken op het gebied van gezondheids- en verslavingszorg:

- Er komt een nieuwe nota Gezondheidsbeleid 2011 t/m 2014.
- Wij onderkennen dat gezondheidszorg steeds meer onderdeel wordt van integraal beleid waarin ook sport en voeding een rol spelen.
- Ook in het kader van de in ons City Marketingplan geformuleerde streefwaarden Gezond, Groen, Actief willen wij sterk inzetten op preventieve gezondheidszorg door bevordering van een gezonde leefstijl.
- Wij ondersteunen de regionale afstemming van het gezondheidsbeleid en vormen van samenwerking in het kader van de regio Food Valley.
- Wij maken ons zorgen over het excessieve drankgebruik onder jongeren. Wij zullen ons met kracht inzetten voor het terugdringen van alcoholmisbruik door jongeren.
- Alcoholgebruik door kinderen onder 16 jaar behoort, gelet op de ernstige schadelijke effecten ervan op hun gezondheid en de ontwikkeling van de hersenen, waar mogelijk te worden voorkomen. Wij willen actief inzetten op vergroten van de bewustwording hiervan. Wij zullen dit onderwerp uitwerken in de nieuwe nota Gezondheidsbeleid.
- Wij ondersteunen een strikt beleid gericht op het terugdringen van zogenaamde 'drankketen' in onze regio. Tegelijkertijd willen wij bevorderen dat er aantrekkelijke alternatieve ontmoetingsplekken voor jongeren worden gecreëerd.

### 2.2. BESCHIKBAAR BUDGET

Voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid zijn in Ede verschillende budgetten beschikbaar. Het gaat deels om een brededoeluitkering van het rijk en deels om gemeentelijk budget.

Gemeenten zijn verplicht een eigen gezondheidsdienst in stand te houden. Deze GGD voert het overgrote deel van de wettelijke taken uit. Dat zijn: jeugdgezondheidszorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering, infectieziektenbestrijding, medische milieukunde en geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen. Financiering van deze diensten gebeurt op basis van een inwonerbijdrage die het Regionaal College HGM (> bestuurders van de 16 aangesloten gemeenten) jaarlijks vaststelt.

- a) **Basistakenpakket Hulpverlening Gelderland Midden (algemene gezondheidstaken, inclusief jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen)**; op basis van een vast bedrag per inwoner. Voor 2011 € 10,98/inwoner = € 1.181.338,00.
- b) **Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar inclusief prenatale voorlichting**. Brede doeluitkering jeugd van € 1.368.465,- (2010) voor uitvoering van het *uniforme* deel van het wettelijk verplichte basistakenpakket 0-4 jarigen. Uitkering via het gemeentefonds van € 117.024,- (2010) voor uitvoering van het *maatwerk*deel van het basistakenpakket 0-4 jaar.
- c) **Platform alcohol & jeugd**; gemeentelijk budget van € 52.200,- (structureel). Hieruit jaarlijkse bijdrage van € 32.250,- aan regioproject FrisValley. Projectperiode FrisValley loopt t/m 2011 waarna totale bedrag weer lokaal inzetbaar is.
- d) **Algemeen gemeentelijk budget** van € 13.200,-. Dit budget is de afgelopen jaren onder andere besteed aan:
  - Waarderingssubsidie aan Stichting Zelfacceptatie voor voorlichtingsmateriaal.
  - Aanschaf van AED's in enkele auto's van afd. Toezicht en Beheer buitengebied.

### INCIDENTELE PROJECTEN/SUBSIDIES

- a) De Edese gemeenteraad heeft € 50.000,- beschikbaar gesteld voor de aanschaf van AED's (automatische externe defibrilatoren, in te zetten bij een hartstilstand) met



name voor het buitengebied. Er zijn inmiddels AED's geplaatst in Otterlo, Ederveen, Bennekom en Wekerom. Deze AED's zitten in een toegankelijke buitenkast. Via de meldkamer ambulancezorg krijgen aangesloten deelnemers een oproep om de AED in te zetten. De meldkamer ontsluit op afstand de kast. Het werven van vrijwilligers vraagt blijvend aandacht. De laatste AED's worden eind 2010/begin 2011 geplaatst.

- b) Zorgverzekeraar Menzis stelde eind 2008 een extra zorginvesteringsbudget beschikbaar voor projecten die de gezondheid en/of re-integratie bevorderen. Ede heeft bij Menzis 2 projecten ingediend die de zorgverzekeraar heeft gehonoreerd met een subsidie voor 2009 en 2010. Het ging om de volgende projecten:

1) *terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen*

Op enkele basisscholen (groep 2 en groep 7) in Ede is ingezet op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Gezondheidsachterstanden kunnen het gevolg zijn van geldgebrek bij gezinnen. De gemeenteraad vroeg het college in juli 2008 om samen met HGM te bekijken of in het land beschikbare interventieprogramma's meerwaarde konden hebben voor de gezondheid van kinderen in Ede. Op verzoek van de gemeente heeft jeugdgezondheidszorg van Hulpverlening Gelderland Midden in 2008/2009/2010 extra aandacht besteed aan dit aspect tijdens de reguliere spreekuren. Het advies van de jeugdarts gold als indicatie voor de consulent van de gemeente die vervolgens bijzondere bijstand verstrekte. Indicaties betroffen de aanschaf van een matras, van speciale schoenen of van een specifieke cursus. De inzet van HGM heeft niet geleid tot forse aantallen. Het effect op de gezondheid is pas op langere termijn te meten.

2) *collectieve tandheelkundige preventie*

In 2009 en 2010 is het project collectieve tandheelkundige preventie gehouden. Dit project werd uitgevoerd door Coöperatieve Mondzorg Gelderse Vallei u.a. op 31 scholen in Ede. Leerlingen in de groepen 4 en 7 van de basisschool kregen voorlichting over mondzorg. De groepsleerkrachten van de bezochte groepen beoordeelden de lessen als goed tot uitstekend en wensten een vervolg.

Voor de projecten onder b stelde Menzis na de pilotperiode in principe geen subsidie meer beschikbaar.

## **2.3. VOORNEMENS**

In het regionale deel van deze nota is bij hoofdstuk 4, conclusies en aandachtspunten, gesteld dat gedragsverandering tijd kost. Dat is de afgelopen jaren duidelijk gebleken c.q. opnieuw bevestigd. Een periode van 4 jaar is niet voldoende om beleid in te zetten, te implementeren én uit te bouwen. Ede kiest er voor om het bestaande beleid op eerder benoemde speerpunten voort te zetten. In elk geval lokaal en waar mogelijk samen met andere gemeenten in de regio.

De gemeentelijke gezondheidsdienst HGM adviseert gemeenten ook om geformuleerde speerpunten de komende beleidsperiode te handhaven. Resultaten uit gehouden onderzoeken (zie hfdst. 1.4.) vormen de onderbouwing van het gevoerde beleid. De insteek beleidsconsistentie sluit aan bij de afspraken die het college van Ede heeft gemaakt in het collegeconvenant 2010-2014.

Voortbouwen op bestaand beleid lijkt weinig ambitieus. Het aanpakken en stimuleren van gedragsverandering vraagt echter van alle betrokken (veld)partijen veel inzet en energie. Het is effectiever om die instrumenten in te zetten op een beperkt aantal onderwerpen dan versnipperd over een breed aantal. Daarnaast speelt het beperkte vrije budget voor lokaal gezondheidsbeleid een rol. Het grootste deel van het beschikbare budget ligt vast in wettelijk verplichte taken.

### **2.3.1. Speerpunt 1: het terugdringen van schadelijk alcoholgebruik, met name onder jongeren**

- Het Platform alcohol & jeugd blijft bestaan. Dit klankbord van het college is de afgelopen 4 jaar waardevol gebleken, mede door de inbreng van de jongeren.
- De samenwerking met 6 regiogemeenten binnen FrisValley wil Ede ook na afloop van het provinciale regiocontract (= eind 2011) voortzetten. De gemeentegrenzen raken elkaar en alle gemeenten willen bij het nemen van lokale besluiten shopgedrag door jongeren voorkómen. De nadruk zal zo veel mogelijk liggen op regionaal gelijke afspraken.
- In november 2010 is in Bennekom de eerste van een serie wijkacties gehouden. De hele maand stond het alcoholgebruik centraal. Scholen, het welzijnswerk, sportverenigingen, het wijkteam, middenstand, politie, de Voedsel- en Warenautoriteit, verslavingszorg en gemeente organiseerden gezamenlijk acties om dit doel te bereiken. Op het moment van schrijven van deze nota waren effecten nog niet bekend.
- In 2011 volgt een andere wijk/dorp in de gemeente en afhankelijk van de ervaringen volgen de jaren daarna meer wijken en/of de buitendorpen.
- Het is belangrijk om alternatieven te bedenken waar jongeren elkaar kunnen ontmoeten zonder onverantwoord alcoholgebruik.

### **2.3.2. Speerpunt 2: voeding en bewegen/sport**

- Sport is een middel om de gezondheid te bevorderen. Uit de door HGM gehouden kinderen-monitor blijkt dat in Ede minder kinderen dan gemiddeld, lid zijn van een sportclub- of vereniging (41% van de 4-12 jarigen tegenover 32% in het gebied van 16 gemeenten waarvan HGM de gezondheidsdienst is). Zowel binnen de gemeente als externe partijen werken steeds vaker integraal samen om sporten en bewegen te stimuleren. Dit blijft ook de komende jaren een speerpunt.
- Wat betreft preventie wordt landelijk gestimuleerd dat gemeenten samenwerken met zorgaanbieders in de eerste lijn, zoals huisartsen. In Ede zijn er contacten met huisartsen maar nog niet gericht op specifieke gebieden zoals preventie. Producten als de Beweegkuur en de leefstijlcoach (aanbod via de huisarts) zijn een goede aanleiding om samen preventie vorm te geven.
- In contacten van burgers met het WMO-loket en met de ouderenwerker zal gestimuleerd worden om bewegen, waar van toepassing, extra onder de aandacht te brengen.

- Het is landelijk de bedoeling dat partijen een zogenaamd Preventie Toets Overleg ontwikkelen waarin gemeente, GGD, zorgaanbieders in de eerste lijn en zorgverzekeraars samenwerken en preventiebeleid vaststellen én behalen. Het rijk verwacht van gemeenten dat zij in hun gezondheidsbeleid meer op resultaat gaan sturen. Hoe dit vorm moet krijgen zal de komende jaren uit het Preventie Toets Overleg moeten blijken.

### **2.3.3. Speerpunt 3: aanpak huiselijk geweld**

- Voortzetting van de samenwerking met de gemeenten Barneveld, Nijkerk, Scherpenzeel en Wageningen in het Steunpunt huiselijk geweld West-Veluwe/Vallei. De samenwerking is sinds 2005 geformaliseerd in een convenant. Jaarlijks stellen Steunpunt en gemeenten een activiteitenplan op met voorgenomen activiteiten. Bereikte resultaten en uitgevoerde activiteiten worden verantwoord in het jaarverslag van het Steunpunt. Het Steunpunt is gevestigd in het Veiligheidshuis.
- In 2011 wordt invoering verwacht van de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Organisaties, instellingen, scholen e.d. zijn verplicht een meldcode in te voeren en te werken volgens protocol bij het signaleren van huiselijk geweld en kindermishandeling. Het Steunpunt is, op basis van een behoefteninventarisatie onder instellingen, gestart met een omvangrijk scholingstraject voor professionals die werkzaam zijn in de 5 gemeenten. Doel is om hen een goede basis te geven voor het handelen.
- Het Steunpunt richt zich op de aanpak van álle vormen van thuisgeweld: kindermishandeling, partnergeweld, oudermishandeling (van kind naar zijn ouder) en ouderenmishandeling. De komende jaren zal extra aandacht zijn voor het bekend maken van het Steunpunt waar burgers en professionals terecht kunnen voor informatie, advies en hulp bij geweld.

### **Diversen**

- De wethouders volksgezondheid continueren hun bestuurlijk overleg met een frequentie van 4x per jaar.
- Regionale afstemming is er met de overige 11 gemeenten die behoren tot het werkgebied van de GGD. De GGD voert voor de gemeente het grootste deel van de wettelijk verplichte gezondheidstaken uit.

0 - 0

# Literatuurlijst

Wet Publieke gezondheid, ingegaan per 1 december 2008.

Preventienota Kiezen voor gezond leven 2007 – 2011, december 2006

Uitgave: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Rapport Gezamenlijke analyse van de regionale gezondheidstoestand voor vier preventie speerpunten met hulpverlening Gelderland Midden, 1 december 2008 Arnhem.

Uitgave: Inspectie voor de Gezondheidszorg

Staat van de gezondheidszorg 2010, meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg

Uitgave: Inspectie voor de Gezondheidszorg

Van gezond naar beter, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010,

Uitgave: RIVM Bilthoven

Basistakenpakket Jeugdgezondheid 2010

HGM, Arnhem

## Monitoren

Ouderenonderzoek (zelfstandig wonen 65 plussers), uitgevoerd in 2005

Uitgave: HGM, Arnhem

E-MOVO (Gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren), uitgevoerd in 2007

Uitgave: HGM, Arnhem

Monitor volwassen (zelfstandig wonenden tussen 19-65 jaar), uitgevoerd in 2008

Uitgave: HGM, Arnhem

Monitor kinderen (ouders over kinderen van 0 -12 jaar), uitgevoerd in 2009; definitieve tekst begin 2011 beschikbaar.

Uitgave: HGM, Arnhem