

**Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2014-2017**

## **Inhoudsopgave**

<b>LEESWIJZER</b>	<b>3</b>
<b>HOOFDSTUK 1: INLEIDING</b>	<b>4</b>
1.1. WAAROM EEN NOTA VOLKSGEZONDHEID	4
1.2. VERBINDING MET DE WMO	4
1.3. MISSIE	4
1.4. UITGANGSPUNTEN NOTA	4
1.5. SPEERPUNTEN	5
1.6. PARTICIPATIE	5
<b>HOOFDSTUK 2: ALCOHOLGEBRUIK ONDER JONGEREN VOORKOMEN</b>	<b>6</b>
2.1 WAAROM DIT SPEERPUNT?	6
2.2 WAT WILLEN WE BEREIKEN?	7
2.3 WAT GAAN WE DOEN?	8
<b>HOOFDSTUK 3: TIJDIG SIGNALEREN VAN EENZAAMHEID/ SOCIAAL ISOLEMENT BIJ OUDEREN</b>	<b>10</b>
3.1 WAAROM DIT SPEERPUNT?	10
3.2 WAT WILLEN WE BEREIKEN?	11
3.3 WAT GAAN WE DOEN?	11
<b>HOOFDSTUK 4 AANDACHTSPUNTEN</b>	<b>13</b>
4.1. GEZONDE WIJK JES-GEBIED	13
4.2 SAMENWERKING MET EERSTELIJN	13
4.3 KETENZORG DEMENTIE VEENENDAAL	14
4.4 VACCINATIEGRAAD	15
<b>HOOFDSTUK 5: FINANCIËEL KADER</b>	<b>16</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>18</b>
BIJLAGE I: EVALUATIE SPEERPUNTEN EN MAATREGELEN NOTA LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID 2009-2012	18
BIJLAGE II: LANDELIJKE NOTA GEZONDHEIDSBELEID 'GEZONDHEID DICHTBIJ'	25
BIJLAGE III: RELATIE WMO, WPG, AWBZ EN ZVW	27
BIJLAGE IV: ADVIES WMO-FORUM	28

## Leeswijzer

De nota Lokaal Gezondheidsbeleid (LGB) wordt eens per vier jaar opgesteld. De nota laat zien op welke thema's de gemeente zich de komende vier jaar extra gaat richten om de volksgezondheid te verbeteren.

Deze thema's zijn gekozen op basis van de resultaten van de onderzoeken die GGD Midden-Nederland onder kinderen, jongeren en volwassenen/senioren uitvoert. Daarnaast is onder andere aangesloten bij ander beleid, zoals het Wmo-beleidskader, het coalitie-akkoord en de landelijke preventienota.

In hoofdstuk 1 leest u waarom deze nota is geschreven, de relatie met ander beleid, de uitgangspunten voor de keuze van de speerpunten en hoe de nota tot stand is gekomen. In hoofdstuk 2 en 3 staan de speerpunten uitgewerkt. In hoofdstuk 4 staan enkele andere thema's waar we de komende jaren extra aandacht aan besteden. Het financieel kader van deze nota vindt u in hoofdstuk 5. Ten slotte zijn er enkele bijlagen bij de nota gevoegd waarin onder andere de evaluatie van de vorige nota staat.

# Hoofdstuk 1: Inleiding

## 1.1. Waarom een nota volksgezondheid

De Wet Publieke Gezondheid (Wpg) bepaalt dat gemeenten (mede)verantwoordelijk zijn voor het beschermen en bevorderen van de publieke gezondheid. Dit gebeurt door uitvoering van de basistaken door GGD Midden-Nederland. Ook doen gemeenten dit door het opstellen van een nota Lokaal Gezondheidsbeleid (LGB). In mei 2011 is de Preventienota 'Gezondheid dichtbij' van het ministerie van VWS verschenen. Speerpunten in deze nota zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Daarbij ligt het accent op bewegen: dit is goed voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid. Meer informatie over deze kaderstellende landelijke nota is te vinden in bijlage II.

Op basis van de Wpg zijn gemeenten wettelijk verplicht, binnen twee jaar na publicatie van de landelijke nota, het lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen. Deze nota wordt later vastgesteld, omdat de gegevens over de gezondheidstoestand van volwassenen/senioren pas in mei 2013 bekend zijn. Dit betreft de resultaten van volwassenen- en seniorenmonitor door GGD Midden-Nederland. Ook loopt ouderennota 'Zilver gaat voor goud' tot en met 2013. Beide nota's zijn sterk met elkaar verbonden.

## 1.2. Verbinding met de Wmo

De verbinding tussen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en Wpg is vooral gelegen in de termen *zelfredzaamheid en participatie*: mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder. Andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij juist weer mogelijk. De relatie tussen de WPG, Wmo en AWBZ en Zvw staat uitgebreider beschreven in bijlage III.

## 1.3. Missie

Als missie voor deze nota LGB geldt:

*Het ontwikkelen en (doen) uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid om gezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen. Gezondheid betreft het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.*

Dit is dezelfde missie als in de vorige nota LGB. Er is geen aanleiding deze te wijzigen.

## 1.4. Uitgangspunten nota

Deze nota is tot stand gekomen uitgaande van enkele kaders. Allereerst is uitgegaan van de wettelijke verplichtingen die voortvloeien uit de Wpg, zoals het opnemen van preventieve gezondheidszorg voor ouderen in het lokaal gezondheidsbeleid wat sinds 1 juli 2010 een wettelijke verplichting. Daarnaast is uitgegaan van het coalitieakkoord 2010-2014. Ook is er aangesloten bij bestaand beleid zoals de programma's (in het bijzonder jeugd), het *Wmo-beleid Veenendaal 2010-2014 Versterken en Verbinden* en het *Sport Beleidskader 2012-2015 Veenendaal Fit en Vitaal*. Daarnaast verandert er de komende jaren veel in de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente in het sociale domein: de wet op de jeugdzorg, de participatiewet en de overgang van begeleiding en verzorging vanuit de AWBZ. Er wordt een groter beroep op eigen kracht en verantwoordelijkheid van inwoners gedaan. Voor de gemeente verandert de rol van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Ook wordt er meer ingezet op preventie zodat professionele zorg en ondersteuning beschikbaar blijven voor hen dit het echt nodig hebben. Om deze veranderingen te realiseren, is Model Veenendaal vastgesteld. Deze nota sluit aan bij Model Veenendaal. Ook is rekening gehouden met de beschikbare financiële middelen (zie hoofdstuk 5 voor het financiële kader van deze nota). Hierbij is uitgegaan van de bezuinigingen in de kadernota 2014 op de speerpunten in deze nota. Ten slotte zijn de gekozen speerpunten gebaseerd op de resultaten van diverse onderzoeken die GGD Midden-Nederland onder kinderen, jongeren en volwassenen heeft uitgevoerd. Deze onderzoeken laten de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de Veenendaalse inwoners zien.

## **1.5. Speerpunten**

De resultaten van de onderzoeken door GGD Midden-Nederland tonen aan dat veel jongeren te jong en teveel drinken. Ook is gebleken dat veel ouderen in Veenendaal eenzaam zijn. Vanwege deze cijfers en de eerder genoemde uitgangspunten is gekozen voor de volgende speerpunten:

- voorkomen dat jongeren onder de 18 drinken en dat jongeren onder de 23 overmatig alcohol drinken;
- tijdig signaleren van eenzaamheid/ sociaal isolement bij ouderen.

Één speerpunt uit de vorige nota (voorkomen van eenzaamheid bij ouderen) wordt dus gecontinueerd. Het reeds ingezette beleid wordt waar nodig versterkt. Ook neemt Veenendaal al deel aan het regionale project FrisValley gericht op alcoholmatiging onder jongeren. Ook dit beleid wordt dus gecontinueerd en waar mogelijk verbeterd.

In deze nota is gekozen voor twee speerpunten, zodat volledige aandacht kan worden besteed aan deze speerpunten. Hiermee is de kans groter dat de activiteiten tot het gewenste resultaat leiden.

In de volgende hoofdstukken worden deze speerpunten verder toegelicht.

## **1.6. Participatie**

Bij de totstandkoming van deze nota zijn Veenendaalse inwoners en organisaties op diverse manieren betrokken:

### Advisering Wmo-forum.

De nota is ter advisering voorgelegd aan het Wmo-forum, omdat gezondheid en Wmo sterk met elkaar zijn verbonden, en aan de Jongerenraad vanwege het speerpunt alcoholmatiging onder jongeren. Het advies van het Wmo-forum is te vinden in bijlage IV. De Jongerenraad heeft geen direct advies gegeven. De Jongerenraad heeft gemeld dat een afgevaardigde in het Wmo-forum zit en op deze wijze indirect input heeft gegeven en ingestemd heeft met het advies van het Wmo-forum.

### Bijeenkomsten over speerpunten

#### *Ouderenzorg*

Begin 2013 is een evaluatie uitgevoerd over ons ouderenbeleid, waaronder ook de maatregelen voor ouderen binnen de nota Lokaal Gezondheidsbeleid. In deze evaluatie zijn belangengroepen (seniorenplatform, mantelzorgplatform) en betrokken aanbieders van ondersteuning aan ouderen interactief geraadpleegd. Tevens heeft gemeente Veenendaal op 11 april 2013 de werkconferentie 'nieuw welzijnswerk voor een nieuwe generatie ouderen' georganiseerd. Hier is gesproken over de uitkomsten van de evaluatie en de uitdagingen voor toekomstig zorg- en welzijnsaanbod voor ouderen.

#### *Alcoholmatiging onder jongeren*

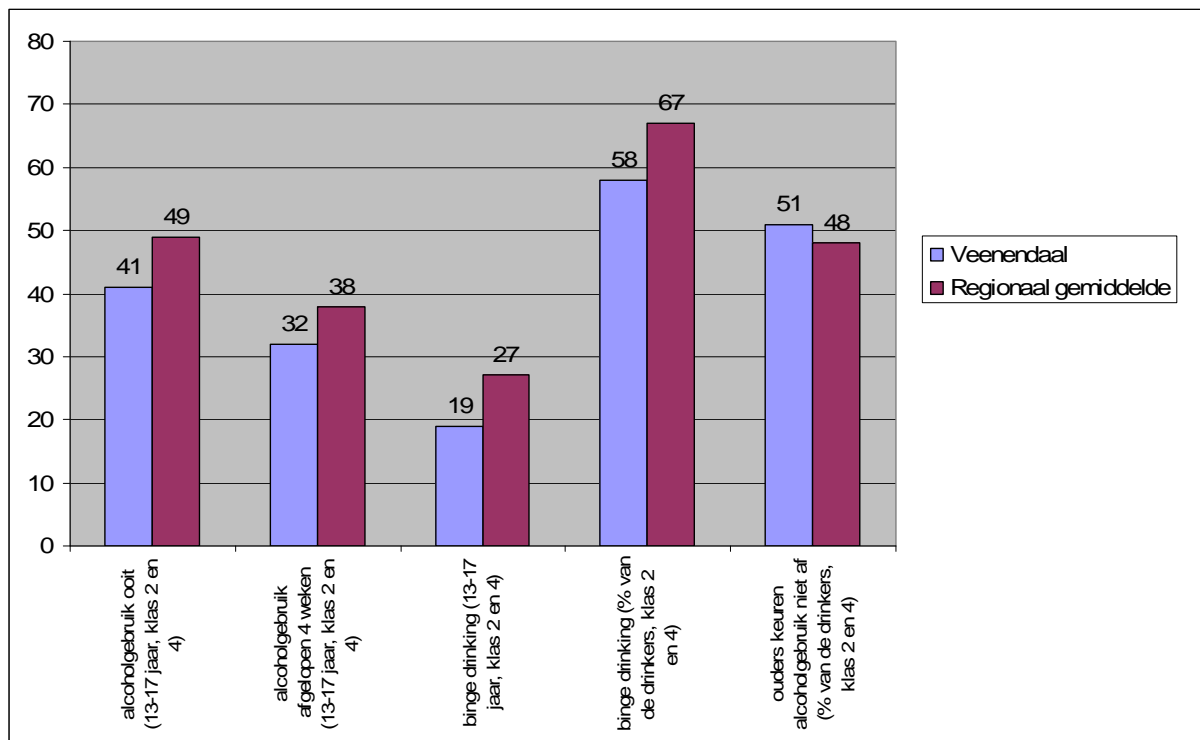
Bij het opstellen van deze nota is gebruik gemaakt van de informatie uit het projectplan FrisValley 2.0. Het project FrisValley bestaat uit drie pijlers met elk een eigen werkgroep: Bewustwording & Educatie, Regelgeving & Handhaving en Toezicht. In deze werkgroepen zijn de verschillende disciplines van de gemeenten vertegenwoordigd, maar ook nauw betrokken organisaties zoals GGD, verslavingszorg, politie en Voedsel en Waren Autoriteit. Bij de uitwerking van de projecten uit het projectplan FrisValley 2.0 zullen ook andere partijen worden betrokken, zoals ouders, sportverenigingen en scholen.

## Hoofdstuk 2: Alcoholgebruik onder jongeren voorkomen

### 2.1 Waarom dit speerpunt?

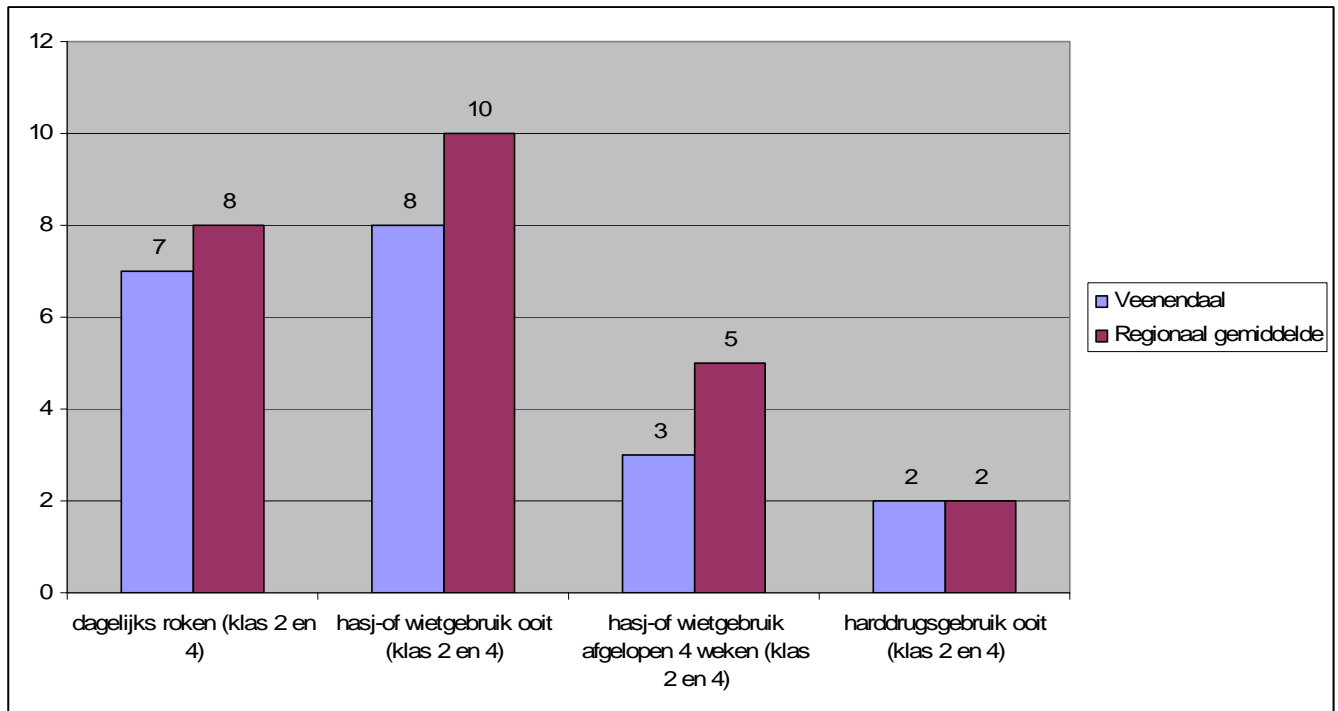
Nederlandse jongeren behoren tot de top in Europa als het om alcoholgebruik gaat. Ze drinken veel te vroeg, te vaak en teveel. Alcohol is schadelijk voor de gezondheid, maar voor jongeren geldt dat nog veel meer dan bij volwassenen. De hersenen groeien namelijk tot het 24e jaar en hersenen van kinderen van 12 en 13 jaar bevinden zich bovendien in een belangrijke ontwikkelingsfase. Door op jonge leeftijd alcohol te drinken, wordt die ontwikkeling ernstig belemmerd. De delen van de hersenen die verantwoordelijk zijn voor geheugen en het plannen van taken, functioneren door overmatig alcoholgebruik niet goed meer. Leerproblemen zijn het gevolg. Daarnaast leidt het gebruik van alcohol ertoe dat het gedrag van een tiener verandert, waardoor hij of zij schade aan zichzelf of anderen kan toebrengen. De kans op ongelukken, vandalisme, vechtpartijen en onveilig vrijen wordt groter. Ten slotte heeft alcoholgebruik op jonge leeftijd ook gevolgen voor later: jongeren die voor hun dertiende beginnen met drinken hebben later 40% meer kans verslaafd te raken aan alcohol.

Ook in Veenendaal drinken jongeren veel, vaak en op vroege leeftijd. Uit de resultaten van het Schoolkrachtonderzoek in leerjaar 2 en 4 op VO-scholen in 2012 door de GGD blijkt dat 32% van de Veenendaalse jongeren van 13 tot 17 jaar de afgelopen vier weken heeft gedronken. Daarnaast doet 19% van de jongeren van 13 tot 17 aan *binge drinking*. Dit is het drinken van minimaal 5 glazen alcohol in korte tijd. Vergeleken met gemeenten in de regio, zijn er in Veenendaal minder jongeren die drinken. Het percentage ouders dat, in de ogen van de jongeren, alcoholgebruik niet afkeuren is in 2012 in Veenendaal 51%. Dat is meer dan regionaal gemiddeld.



Grafiek 1: Alcoholgebruik onder jongeren in Veenendaal en de regio 2012

In de volwassenenmonitor van de GGD is de attitude van ouders t.o.v het drankgebruik van hun kinderen opgenomen. Uit de cijfers van 2013 blijkt dat bij 72% van de ouders de attitude niet gericht is op het voorkomen of het verlagen van alcoholgebruik van hun kinderen.



Grafiek 2: Roken en drugsgebruik onder jongeren in Veenendaal en de regio 2012.

Uit deze grafiek blijkt dat Veenendaalse jongeren minder roken en drugs gebruiken dan het regionaal gemiddelde. Daarnaast zijn deze cijfers relatief lager dan de cijfers van het alcoholgebruik. Daarom ligt de focus in deze nota op het voorkomen van alcoholgebruik. Er zal in mindere mate aandacht worden besteed aan het bestrijden van roken en drugsgebruik.

Dit speerpunt sluit aan bij:

- Het coalitieakkoord 2010-2014: “in de nieuwe nota lokaal gezondheidbeleid wordt de verslavingszorg als speerpunt opgenomen. Goede en frequente voorlichting over een gezonde leefwijze en over de schadelijke effecten van verslaving aan alcohol, drugs, roken en gokken blijft van belang.”
- Het programma jeugd: “jongeren zijn weerbaar tegen de bedreigingen van loverboys, alcohol/drugs en criminaliteit”.
- Het Wmo-beleidskader 2011-2014 ‘Versterken en verbinden’: “meer jongeren worden bereikt met verslavingsvoorlichting”.
- De landelijke preventienota ‘Gezondheid dichtbij’ waarbij alcohol een thema is.
- Het regionale project FrisValley waar Veenendaal aan deelneemt.

#### *Preventie-en handhavingsplan alcohol*

In juni 2013 heeft de Eerste Kamer ingestemd met het wijzigen van de Drank-en Horecawet. Conform deze wijziging moet de gemeenteraad uiterlijk 1 juli 2014 (binnen 6 maanden na inwerkingtreding van de wet) een preventie- en handhavingsplan alcohol vaststellen. Vervolgens moet dit plan elke vier jaar gelijktijdig met de vaststelling van de lokale nota gezondheidsbeleid worden vastgesteld. Bij het preventie-en handhavingsplan alcohol, dat later aan de gemeenteraad wordt voorgelegd, worden de kaders van deze nota Lokaal Gezondheidsbeleid als uitgangspunt genomen.

## **2.2 Wat willen we bereiken?**

We gaan ons de komende beleidsperiode richten op alcoholmatiging bij jongeren. Uit het Schoolkrachtonderzoek van de GGD in 2012 blijkt dat 32% van de Veenendaalse jongeren van 13 tot 17 jaar de afgelopen vier weken heeft gedronken. Daarnaast doet 19% van de jongeren van 13 tot 17 aan *binge drinking*. Deze percentages willen we in de komende beleidsperiode verlagen. Het percentage ouders dat, in de ogen van de jongeren, alcoholgebruik niet afkeuren is in 2012 in Veenendaal 51%. Dat is meer dan regionaal gemiddeld. Ook van dit percentage is een verlaging in de komende periode het streven.

## **2.3 Wat gaan we doen?**

Er worden al diverse acties ondernomen om alcoholgebruik onder jongeren te voorkomen. In bijlage I staat een overzicht van deze activiteiten.

Wat verslavingspreventie betreft is het van belang meer te richten op de omgeving. Alleen voorlichtingslessen op scholen zijn niet afdoende. Dit is conform de landelijke nota Gezondheid dichtbij. In het projectplan FrisValley wordt hierop aangesloten. Gemeente Veenendaal heeft, naast de samenwerking met Victas (voorheen Centrum Maliebaan), bewust gekozen aan te sluiten bij FrisValley en de activiteiten die hier deel van uit maken.

Project FrisValley 2.0 is een samenwerkingsproject van 9 gemeenten: Barneveld, Ede, Nijkerk, Renswoude, Rhenen, Scherpenzeel, Veenendaal, Wageningen en Woudenberg. Het is een alcoholmatigingsproject met als doel in de omgeving van jongeren de aanwezigheid van alcohol te beperken en zo alcoholgebruik op jonge leeftijd te verminderen.

Het project bestaat uit drie verschillende pijlers met ieder een eigen werkgroep: Bewustwording & Educatie, Regelgeving & Handhaving en Toezicht. In iedere werkgroep wordt gewerkt aan de mijlpalen die voor de projectperiode 2012 – 2015 in het projectplan zijn opgesteld. Aan het eind van de projectperiode wordt nagegaan in hoeverre succesvolle onderdelen van de samenwerking kunnen worden geborgd in reguliere kaders en financiering.

In FrisValley zal gezamenlijk een 'menukaart' van activiteiten worden ontwikkeld. Elke gemeente in de regio zal deze activiteiten oppakken, maar ieder zal hier een eigen, op de lokale situatie gebaseerde, invulling aan geven. Ook in Veenendaal gaan we voor iedere activiteit na welke aanpak het meest efficiënt en waardevol is.

De genoemde activiteiten zullen zoveel mogelijk worden uitgevoerd door de reguliere partners voor voorlichting over de risico's van alcoholgebruik. Door de 'Vernieuwing Algemeen toegankelijk ondersteuningsaanbod' is nog niet te voorzien welke partners dit de komende jaren exact zullen zijn.

De mijlpalen en activiteiten van de pijler Bewustwording & Educatie zijn vooral van belang voor deze nota. De hoofdlijnen van de 'menukaart' van Bewustwording & Educatie wordt gevormd door de volgende vier onderdelen.

### Voorlichting aan jongeren in primair en voortgezet onderwijs

Directe voorlichting aan jongeren zal verder worden gestimuleerd op scholen. Het streven is dat iedere jongere minimaal tweemaal in zijn/haar schoolcarrière voorlichting krijgt over alcohol. Bij deze voorlichting wordt uitgegaan van recente onderzoeken. Bij het opstellen van deze nota geven deze onderzoeken aan dat de voorlichting het beste gericht kan worden op het voortgezet onderwijs.

### Oudercampagne: aanpak per kern

In eerste instantie is de aanpak van alcoholgebruik door jongeren een zaak van ouders. Zij zijn verantwoordelijk en stellen de normen. Duidelijk is dat ouders meer invloed hebben op het drankgebruik van hun kind dan ze denken. Belangrijke ambitie van dit project is om ouders hiervan bewust te maken en ze helpen hun verantwoordelijkheid en rol steviger op te pakken. In Veenendaal zal de 'Aanpak per Kern' gericht op ouders in de projectperiode van FrisValley 2.0 (2012-2015) in één wijk worden uitgezet. We gaan er vanuit dat hierbij veel scholen, kerken en sportverenigingen worden betrokken. Na de projectperiode van FrisValley wordt nagegaan of het zinvol is deze nieuwe aanpak uit te zetten in andere wijken.

### Alcoholvrije schoolomgeving

Naast de thuis situatie blijft de schoolomgeving een erg belangrijk onderdeel van de leefomgeving van tieners. Ze brengen er veel tijd door en doen er naast kennis ook een belangrijk deel van hun normen en waarden op.

Wanneer de leeftijdsgrens voor zwak alcoholische dranken in 2013 naar 18 jaar gaat, moeten scholen in het voortgezet onderwijs per definitief alcoholvrij zijn. Het behalen van het keurmerk zal dan makkelijker zijn, maar niet vanzelfsprekend. Er zal geen alcohol meer geschonken worden, maar goede regels en handhaving daarvan blijven van belang, evenals communicatie erover. Ook aandacht voor indrinken en alcoholverstrekking in de omgeving van de school zal nodig zijn. Door de



decentralisatie van het toezicht op de Drank- en Horecawet kunnen gemeenten en scholen hierin beter samenwerken dan tot nu toe.

VO-scholen zullen worden ondersteund in het alcoholvrij worden en blijven. Scholen die geheel alcoholvrij zijn zullen het keurmerk "Alcoholvrij" krijgen. Voor zover mogelijk zal daarbij aansluiting worden gezocht bij landelijke ontwikkelingen rond de Gezonde School (en Genotmiddelen).

Gemeente Veenendaal agendeert het onderwerp alcoholvrije schoolomgeving actief in de diverse overleggen met de scholen.

#### Alcoholbeleid sportverenigingen

Uit onderzoek is gebleken dat alcoholbeleid in sportverenigingen afwezig, gefragmenteerd en/of onbekend is en wordt daarom ook slecht nageleefd. Ook het contact met gemeenten over alcoholbeleid in sportkantines is nog te beperkt.

Met de nieuwe Drank- en Horecawet heeft de gemeente nieuwe taken gekregen en zijn de regels rondom verkoop en bezit van alcohol aangescherpt. Ook sportverenigingen zullen deze regels moeten naleven. En de gemeente zal hierop toezicht moeten uitvoeren.

Om het alcoholbeleid voor jongeren in sportkantines te verbeteren is het van belang dat zowel betrokken ambtenaren bij de gemeente als de besturen van de sportclubs en beheerders van de kantines overtuigd zijn van de noodzaak om het alcoholgebruik te reduceren. Dit draagvlak is van groot belang, ook vanwege de paracommerciële verordening die gemeenten voor 1 januari 2014 dienen vast te stellen. Daarom zullen naast het opstellen van regels in een verordening en het toezicht op naleving ervan, enkele voorlichtingsactiviteiten worden uitgevoerd.

#### Nieuwe taken gemeente

De gewijzigde Drank- en Horecawet (DHW) die per 1 januari 2013 van kracht is, maakt de gemeente verantwoordelijk voor het toezicht op en handhaving van de Drank- en Horecawet. De extra toezichtstaken omvatten:

- controle op de vergunningen en ontheffingen Drank- en Horecawet;
- controle overige verboden Drank- en Horecawet (leeftijdsgrenzen, leeftijd barpersoneel, verbod bezit alcohol door jongeren in openbare ruimte, etc)

Dit houdt onder andere in dat er actief wordt gecontroleerd op alcoholverstreking aan en alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar (per 1 januari 2014 18 jaar).

## Hoofdstuk 3: Tijdig signaleren van eenzaamheid/ sociaal isolement bij ouderen

### 3.1 Waarom dit speerpunt?

Het tegengaan van eenzaamheid/ sociaal isolement onder ouderen blijft een speerpunt in het lokaal gezondheidsbeleid, omdat deze in Veenendaal nog altijd beduidend hoog is en ook de komende jaren aandacht vraagt. Dit blijkt uit de volwassenen- en seniorenmonitor 2012 van de GGD Midden-Nederland:

#### *Mate van eenzaamheid:*

- 46,3% van de senioren (65+) uit Veenendaal geeft aan zich eenzaam te voelen. Een lichte daling ten opzichte van 2006 toen 47% aangaf eenzaamheid te ervaren.
  - 37,5% van deze senioren voelt zich matig eenzaam en 8,8% (zeer) ernstig eenzaam.
  - Dit neemt toe naarmate senioren ouder worden. Van de 75plussers geeft 56% aan zich eenzaam te voelen (44,5% matig en 11,5% (zeer) ernstig eenzaam).
- In de regio Midden-Nederland is het percentage eenzame ouderen toegenomen, van 42% in 2006 naar 47,3% in 2012.

#### *Sociale weerbaarheid:*

- 47,6% van de senioren (65+) uit Veenendaal is sociaal kwetsbaar:
  - 34,8 % voelt zich eenzaam, omdat hun netwerk niet de gewenste kwaliteit heeft.
  - 1,3% is contactarm. Zij niet zozeer last van eenzaamheidsgevoelens, maar hun netwerk is zeer klein en daardoor kwetsbaar.
  - 11,6 % is sociaal geïsoleerd en heeft geen ondersteunend netwerk om op terug te vallen.

#### *Ontwikkeling 'scheiden van wonen en zorg'*

In 2013 is een begin gemaakt met het scheiden van wonen en zorg. Hierbij moeten mensen zelf de betaling van hun woonlasten regelen, ook al wonen ze bijvoorbeeld in een intramurale zorgvoorziening. Nieuwe cliënten krijgen dus een indicatie voor zorg thuis (extramuraal). Op deze manier zullen zij langer thuis blijven wonen, waardoor zij meer risico lopen geïsoleerd te raken.

#### Gezondheidsrisico's en maatschappelijke gevolgen van eenzaamheid

Eenzaamheid/ sociaal isolement is een stille problematiek, die gaat over mensen die buiten beeld zijn geraakt. Vaak rust hierop een groot taboe. De beweging van degene die het overkomt, is een terugtrekkende: het vermijden van dat wat niet meer te overzien is. Maar eenzaamheid is niet alleen een probleem voor het persoonlijk welbevinden. Het is ook een gezondheidsrisico. Uit diverse onderzoeken blijkt dat eenzaamheid en sociaal isolement sterk samenhangen met lichamelijke en psychische klachten zoals depressie, slaapproblemen, angststoornissen, verminderde afweer en hart- en vaatziekten.

Tevens vormt sociaal isolement de grondslag voor problemen op andere terreinen: verslaving, verwaarlozing, schulden, dagbesteding, huisvesting en zelfzorg. Langdurig eenzame ouderen doen, vanwege vaak meervoudige (gezondheids)klachten en het ontbreken van een eigen sociaal netwerk, vaker een beroep op (gemeentelijke) voorzieningen en zijn eerder aangewezen op de hulp van professionele instellingen. Zo ontstaan hogere kosten voor de samenleving.

#### Sociaal isolement als nieuwe vorm van kwetsbaarheid

Veel ouderen zijn opgegroeid in een tijd waarin familiebanden nog min of meer vanzelfsprekend waren. Echter: door de veranderde samenleving is het geen vast gegeven meer dat zij bij tegenslag kunnen terugvallen op de hulp van familie of vrienden. Er wordt een groter beroep gedaan op hun zelfredzaamheid. Dit wordt nog versterkt door de herstructurering van de verzorgingsstaat: minder taken bij de overheid, meer eigen kracht en verantwoordelijkheid bij burgers. Hulp en ondersteuning moeten steeds meer binnen het eigen netwerk gezocht worden. Pas wanneer daar geen hulp voorhanden is, kan een beroep op professionele ondersteuning worden gedaan.

In deze situatie zijn ouderen zonder sociaal netwerk zeer kwetsbaar. Sociaal geïsoleerde ouderen kunnen geen ondersteuning verwachten van hun naaste omgeving. Als ze (tijdelijk of structureel) hulpbehoevend worden, zijn ze vrijwel volledig aangewezen op professionele voorzieningen.

#### Aandacht voor *tijdige* signalering van eenzaamheid/ sociaal isolement

De afgelopen periode is met het signaleringsnetwerk ouderen een goede basis gelegd voor het signaleren van eenzaamheid en sociaal isolement onder ouderen. Gebleken is dat dit veelal pas aan het licht komt wanneer er sprake is van ernstige en meervoudige problematiek. Dit terwijl de bovengenoemde gegevens van de GGD laten zien dat op het vlak van sociale weerbaarheid nog veel winst te behalen is. Maatwerk is hierbij van belang. Waar mogelijk kunnen ouderen geactiveerd worden in het vergroten van de kwaliteit van hun ondersteunende netwerk. Waar nodig kan specifieke, meer specialistische ondersteuning een oplossing bieden.

Het tijdig signaleren van eenzaamheid kan voorkomen dat de problematiek achter de voordeur onnodig verergert. Hierdoor worden ouderen in staat gesteld zichzelf beter te redden en zo lang mogelijk maatschappelijk actief te blijven. Ook is van belang dat in de signalering aandacht is voor de betrokken mantelzorger en informatie wordt verstrekt over de ondersteuningsmogelijkheden.

Dit speerpunt sluit aan bij:

- Het Wmo-beleidskader 2011-2014 'Versterken en verbinden', waarin aandacht is voor het bevorderen van de maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van ouderen (domein 4) en voor ondersteuning aan mantelzorgers (domein 3).
- De landelijke preventienota 'Gezondheid dichtbij' waarin in relatie tot eenzaamheid bij ouderen aandacht wordt gevraagd voor het belang van sociale steun.
- Het door de gemeenteraad vastgestelde Model Veenendaal en de hiermee beoogde cultuuromslag naar meer eigen kracht en verantwoordelijkheid bij burgers en meer integraliteit en maatwerk in de ondersteuning en hulpverlening aan kwetsbare inwoners.

### **3.2 Wat willen we bereiken?**

De komende beleidsperiode richten we ons op het terugdringen van eenzaamheid en sociaal isolement onder ouderen door tijdige signalering opgevolgd door interventies op maat. We streven ernaar dat bij de volgende volwassenen- en seniorenmonitor van de GGD het percentage ouderen dat zich matig tot ernstig eenzaam voelt, is gedaald. In 2012 betreft dit 46,3% van senioren van 65 jaar en ouder in Veenendaal. We verbinden hieraan geen concreet percentage, omdat op het terugdringen van eenzaamheid en sociaal isolement vele factoren van invloed zijn, waardoor de invloed van de gemeentelijke maatregelen moeilijk meetbaar is.

### **3.3 Wat gaan we doen?**

Er vinden al diverse activiteiten plaats die bijdragen aan het voorkomen van eenzaamheid en sociaal isolement, bijvoorbeeld in het kader van 'Zilver gaat voor goud'. Onder bijlage I wordt ingegaan op de evaluatie van de betreffende maatregelen uit de vorige nota. Hieruit komt o.a. naar voren dat het signaleringsnetwerk ouderen de komende jaren op onderdelen verdere doorontwikkeling verdient. Op het vlak van preventie (voorlichting, bewustwording) wordt aanbevolen meer in te zetten op gerichte deskundigheidsbevordering van professionals/ intermediairs en vrijwilligers die veel met en voor kwetsbare ouderen in contact zijn. De komende jaren bouwen we voort op de huidige activiteiten met de volgende acties:

#### Signaleringsnetwerk: behoud casuïstiekoverleg voor multiproblematiek

Het casuïstiekoverleg van 'kernpartners' in het huidige signaleringsnetwerk ouderen voorziet in een behoefte en willen we als succesvolle werkvorm de komende jaren behouden. De focus ligt hier op complexere problematiek bij ouderen, waar eenzaamheid één van de problemen is en een multidisciplinaire aanpak nodig is. Deze werkwijze past bij de gewenste ontwikkeling binnen zorg en welzijn waarbij partijen een problematische situatie integraal aanpakken en er een nauw samenspel is tussen de formele en informele zorg. Zo wordt de signalering opgevolgd met interventies op maat.

#### Actieve rol vroegsignalering voor maatschappelijke organisaties als intermediairs

Naast aanbieders van algemeen toegankelijke ondersteuning in Veenendaal, gaan we vrijwilligers en intermediairs van maatschappelijke organisaties (kerken, belangenorganisaties, vrijwilligersorganisaties, bewonersverenigingen e.d.), die regelmatig in contact staan met ouderen, nadrukkelijker betrekken bij de tijdige signalering van eenzaamheid, sociaal isolement en verwante problematiek. In het huidige signaleringsnetwerk zijn zij als 'schilpartners' betrokken.

#### Bewustwording inwoners

Nu inwoners (naasten/ verwanten/ buren/ kennissen) een belangrijke rol krijgen om naar elkaar om te zien, is het belangrijk dat de coördinator van het signaleringsnetwerk hen actief aanspreekt. Zij zijn de ogen en oren in de wijk. Via de kern- en schilpartners, de wijkteams, door publicaties in de lokale pers en dergelijke kan bekend worden gemaakt waar inwoners met zorgen of signalen over hun oudere buren terecht kunnen. Ook kan hiermee de bewustwording vergroot worden dat zij hierin een sleutelrol hebben en dat hun signalen belangrijk zijn. Deze wijziging in bewustwording komt bijvoorbeeld ook naar voren bij 'Wijs met je wijk' in Petenbos.

#### Verbinding met wijkgericht werken

Nu ouderen wonen steeds langer zelfstandig thuis wonen, zijn zij in grotere mate afhankelijk van sociale steun en informele zorg in de directe woonomgeving. In Veenendaal werken we meer en meer wijkgericht, wat de mogelijkheid biedt om hiermee nadrukkelijker verbinding te leggen.

In iedere wijk is een wijkmanager actief, in de meeste wijken samen met wijkteams bestaande uit de wijkmanager, de gebiedsregisseur van Patrimonium, de wijkopbouwwerker en de wijkagent. Op basis van de gemaakte wijkanalyses, werken zij samen met bewonersorganisaties wijkactieplannen uit. Hierin wordt beschreven welke onderwerpen ze gezamenlijk willen oppakken in de wijk.

Vooraf in de wijken Centrum en Noordwest is aandacht voor eenzaamheid onder ouderen van belang. Deze wijken scoren in de wijkanalyse op dit onderwerp het hoogst en bewoners hebben aangegeven dit een belangrijk thema te vinden. Samen met de wijkmanagers kijken we naar mogelijkheden om samenwerking te brengen tussen het Veenendaalbreed functionerende signaleringsnetwerk en deze wijkteams. Dit betekent niet dat aandacht voor eenzaamheid onder ouderen wordt beperkt tot deze twee wijken. Dit speerpunt is gericht op het signaleren van eenzaamheid onder ouderen in heel Veenendaal.

#### Preventie: training vrijwilligers en intermediairs

Preventie, in algemene zin, is het voorkomen van ziekte en het beschermen en bevorderen van de gezondheid. Ook in relatie tot de tijdige/ vroege signalering van eenzaamheid onder ouderen zijn preventieve bewustwordingsactiviteiten van belang. Gericht op ouderen zelf vergt dit een relatief grote investering en wordt met deze activiteiten slechts een beperkte groep bereikt. Om een groter rendement te sorteren, ontsluiten we deze deskundigheid voor de vrijwilligers en intermediairs die veel in contact zijn met ouderen. Zij worden, afhankelijk van de actuele behoefte, getraind in:

- het signaleren van eenzaamheid en sociaal isolement en problematiek die hiermee samenhangt (zoals dementie en overbelasting mantelzorgers) en in de opvolging met interventies op maat;
- specifieke methodieken, zoals netwerkcoaching (ouderen in staat stellen op eigen kracht hun sociale netwerk te vergroten);
- het benaderen en ondersteunen van specifieke risicogroepen, zoals zorgmijders.

#### *Onderdeel van bestuurlijke aanbesteding*

In 2013 is Gemeente Veenendaal gestart met de vernieuwing van het algemeen ondersteuningsaanbod voor inwoners. Zij is hiertoe een traject van bestuurlijke aanbesteding gestart. Met ingang van 2014 wordt één hoofdaanbieder verantwoordelijk voor de dienstverlening binnen de leefgebieden sociale participatie en zelfredzaamheid. Dit in samenwerking met andere partijen. Ook de hier benoemde acties ter preventie van eenzaamheid onder ouderen worden in deze aanbesteding belegd.

## Hoofdstuk 4 Aandachtspunten

### 4.1. Gezonde wijk JES-gebied

In de nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012 is gezond gewicht bij kinderen en jongeren een speerpunt. Uit de evaluatie van de gekozen interventies (zie bijlage I) blijkt dat sommige interventies niet het gewenste effect hebben. Uit onderzoek blijkt een wijkgerichte aanpak waarbij ouders intensief worden betrokken, het meest effectief is. Daarom is in 2013 gestart met een wijkgerichte aanpak in het JES-gebied. In deze wijk wonen relatief veel kinderen met overgewicht (zie tabel 1, Veenendaal Centrum). In het JES-gebied loopt reeds het project 'Kijk mijn wijk'. Hierdoor kon op relatief eenvoudige wijze bij dit project worden aangesloten.

	Geen overgewicht	Overgewicht (incl. ernstig)	Totaal
Veenendaal Centrum	76%	24%	100%
Veenendaal Noordoost	86%	14%	100%
Veenendaal Zuidoost	86%	14%	100%
Veenendaal West/ zuid west	86%	14%	100%
Veenendaal Noordwest	84%	16%	100%
Veenendaal West	90%	10%	100%
Veenendaal Oost	90%	10%	100%
Totaal	86%	14%	100%

Tabel 1: Overgewicht naar wijk, 5-6, 10-11, 13-14 jarigen, 2012

De Gezonde wijk JES-gebied betreft inwoners actief bij het bepalen van de activiteiten. In 2013 is er een nulmeting onder bewoners uitgevoerd en vinden overleggen met hen plaats. Daarbij wordt hun behoefte aan activiteiten en kennis van gezonde voeding en bewegen gepeild. Op basis hiervan voeren vrijwilligers uit de wijk activiteiten uit. Zij worden hiervoor getraind. Deze activiteiten worden in een gezonde wijkkaart opgenomen. Daarnaast worden beeldmerken ingezet om een voor bewoners herkenbaar kader voor gezonde activiteiten te vormen. Een belangrijk onderdeel van deze aanpak is de verantwoordelijkheid van ouders. Ouders dienen zich te realiseren dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor de gezondheid van hun kinderen. Door de aanpak weten zij dat het belangrijk is dat kinderen gezond eten en voldoende bewegen.

Door de bezuinigingen zijn er de komende jaren minder middelen beschikbaar voor de Gezonde wijk JES-gebied. Daarom wordt de projectleider JES-gebied gevraagd in 2013 een plan van aanpak op te stellen om de activiteiten te borgen. Voor de Gezonde wijk JES-gebied wordt in 2014 € 13.950,- beschikbaar gesteld. Dit om de attitude en kennis van ouders, andere bewoners en instellingen over gezond leven te veranderen. Vanaf 2015 worden hiervoor geen middelen meer beschikbaar gesteld.

### 4.2 Samenwerking met eerstelijns

We willen op enkele specifieke gebieden gaan samenwerken met partijen in de eerstelijns, in het bijzonder de huisartsen:

#### *Transitie jeugdzorg*

In de transitie van de jeugdzorg zijn de huisartsen voor gemeenten een belangrijke partij. Conform de nieuwe jeugdwet moeten gemeenten, zorgverzekeraars en huisartsen onderling afspraken maken waaronder en op welke wijze verwijzing naar jeugdhulp plaatsvindt. De huisarts speelt namelijk een belangrijke rol in het welbevinden van jeugd. In het bijzonder ligt er een rol binnen de jeugd-GGZ. Naast triage en doorverwijzing speelt de huisarts ook een rol bij de lichte (en het voorkomen van onnodig zware) GGZ-hulpverlening. Mede omdat psychische problemen zich kunnen uiten in lichamelijke klachten (bijvoorbeeld buikpijn of slecht slapen) zullen ook in de toekomst veel jeugdigen een beroep blijven doen op de huisarts voor zowel somatische als psychische klachten. In het huidige

stelsel heeft de huisarts de bevoegdheid om jeugdigen door te verwijzen naar GGz-hulpverlening. Bij de nieuwe jeugdwet is het wenselijk deze rol voor de huisarts te behouden, maar daarnaast om hem, juist met het oog op een integrale werkwijze vanuit 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur - de mogelijkheid te geven om door te verwijzen naar alle vormen van jeugdhulp. We willen in overleg met huisartsen om te bespreken op welke wijze zij kinderen kunnen verwijzen naar jeugdhulp. De afgelopen jaren is het moeilijk gebleken samen te werken met de huisartsen. We hopen met de aanleiding deze samenwerking te kunnen verbeteren.

#### *Wijkgericht werken*

Conform de notitie 'integrale toegang tot ondersteuning' willen we in iedere wijk een sociaal team organiseren. Een wijkgerichte werkwijze biedt goede mogelijkheden om te komen tot kennisdeling en afstemming tussen professionals die bij een inwoner of gezin betrokken zijn. Er kan goed worden aangesloten bij de behoeften die aanwezig zijn in een wijk en de ondersteuning kan effectiever en efficiënter worden geboden. In de sociale wijkteams komen professionals bij elkaar voor casusgerichte bespreking. De exacte samenstelling van de wijkteams is nog nader te bepalen en kan afhankelijk zijn van de zorgvraag uit de betreffende wijk. Een partij die we willen betrekken bij deze ontwikkeling zijn de huisartsen. We willen met hen in overleg gaan om de mogelijkheden voor een wijkgerichte samenwerking te bespreken.

### **4.3 Ketenzorg Dementie Veenendaal**

Het aantal mensen met dementie in Veenendaal groeit tussen 2010 en 2030 van 763 naar 1460<sup>1</sup>. Ongeveer 70 procent hiervan woont thuis. Mede als gevolg van het scheiden van wonen en zorg<sup>2</sup>, zal het percentage thuiswonende ouderen met dementie de komende jaren sterk toenemen. Zij zijn voor zorg en ondersteuning steeds meer afhankelijk van de directe woonomgeving en hulp van naasten.

Ingaand op deze ontwikkeling is in 2008 het landelijke Programma Ketenzorg Dementie gestart in 16 koploperregio's. Het doel van de Ketenzorg Dementie is om het lokale aanbod aan zorgvoorzieningen beter te laten aansluiten op de vraag van de cliënt en zijn omgeving en om meer samenhang te bewerkstelligen tussen de geleverde zorg en ondersteuning.

Na verbreding van het programma naar het hele land is eind 2011, op initiatief van Zorggroep Charim, de ketenzorg Dementie gestart in Veenendaal. In 2013 startte dit tevens in Rhenen en is besloten om beide gemeenten onder één stuurgroep te laten functioneren. Gemeente Veenendaal is, als één van de betrokken partijen, aangesloten in deze stuurgroep. De gemeentelijke bijdrage bestaat uit bestuurlijke deelname aan de ketenzorg en de subsidies die omgaan in de Wmo. Om invulling te kunnen geven aan de gestelde prioriteiten wordt door de stuurgroep jaarlijks een beroep gedaan op de stimuleringsgelden vanuit het zorgkantoor.

In de startfase (2012-2013) is in Veenendaal en Rhenen prioriteit gegeven aan vroegsignalering en casemanagement. Er zijn casemanagers actief die mensen met dementie en hun familie bijstaan bij het zoeken en coördineren van de juiste hulp en kunnen optreden als aanspreekpunt. Ook is er een centraal registratiesysteem in gebruik genomen. Voor 2014 en verder wil de Ketenzorg Rhenen Veenendaal de vroegsignalering, het casemanagement en de gestarte voorzieningen continueren. Daarnaast zet zij in op een nauwere afstemming en samenwerking met informele zorg en welzijn (nuldlijns) en huisartsen (eerstelijns) en is aandacht voor het werken met de landelijke Zorgstandaard Dementie.

Met het overhevelen van de functies begeleiding en verzorging vanuit de Awbz naar de Wmo is het nog onduidelijk hoe de financiering van Ketenzorg Dementie er in de toekomst uitziet. Aansluitend op deze transitie in 2015, zal vanuit de stuurgroep gezocht worden naar mogelijkheden om preventieve laagdrempelige ontmoeting voor (beginnend) dementerenden en hun mantelzorgers in de wijk te organiseren. Dit zal een plek krijgen in het nieuwe Wmo-beleidsplan.

---

<sup>1</sup> Bron: 'Een kwestie van doen! rapportage quickscan dementiebeleid Gemeente Veenendaal' - 2011 zorgadviesbureau DAZ  
<sup>2</sup> Het scheiden van wonen en zorg betreft de situatie waarin wonen en zorg apart gefinancierd worden. De cliënt betaalt zelf voor het wonen via huur of koop. De zorg wordt apart gefinancierd via de zorgverzekeringswet, Wmo, AWBZ en eventueel via eigen middelen. Er wordt ook wel gesproken van extramuralisering, waarmee wordt bedoeld dat mensen met een lichte zorgvraag langer thuis blijven wonen en zorg in hun directe woonomgeving ontvangen, daar waar zij voorheen een gecombineerde indicatie kregen voor 'intramuraal' zorg.

#### 4.4 Vaccinatiegraad

In de vorige nota LGB is het verhogen van de vaccinatiegraad genoemd. De cijfers uit die nota zijn niet te vergelijken met de cijfers van de vaccinatiegraad in 2012, omdat er een andere manier van registreren is toegepast. Daardoor vallen de percentages lager uit. Om toch een beeld te geven van de veranderingen in de vaccinatiegraad onderstaande tabel:

	Veenendaal, nota LGB 2009-2012	Gemiddelde GGD Midden-Nederland, nota LGB 2009-2012	Veenendaal 2012	Gemiddelde GGD Midden-Nederland
D(K)TP Kleuters	91%	95%	87%	92%
Kinkhoest	89%	91%	x (vaccinatie is samengevoegd met DTP-vaccinatie)	x (vaccinatie is samengevoegd met DTP-vaccinatie)
DTP 9-jarigen	91%	96%	88%	93%
BMR 9-jarigen	93%	95%	87%	93%

Tabel 2: Percentage gevaccineerde kinderen in Veenendaal en de regio.

Uit deze tabel blijkt dat de vaccinatiegraad in Veenendaal nog steeds lager dan het regionaal gemiddelde is. Ook is de vaccinatiegraad onder de normen die de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft gesteld om verspreiding van deze ziektes te voorkomen.<sup>3</sup>

In 2009-2012 is als volgt geprobeerd de vaccinatiegraad te verhogen: indien ouders een vaccinatie weigerden, dan bespraken GGD Midden-Nederland en Vitras CMD dit standaard met de ouders. Ook zijn er thema-avonden voor ouders georganiseerd. Het blijkt echter lastig te zijn dit met hen te bespreken en deze ouders ertoe te bewegen hun kinderen wel te vaccineren. Recent landelijk onderzoek heeft laten zien dat deze werkwijze, die standaard landelijk wordt gehanteerd, niet werkt. Niet medische, maar religieuze argumenten zijn voor ouders van reformatorische gezindte doorslaggevend om hun kinderen al dan niet te laten vaccineren. Deze nieuwe inzichten kunnen worden ingezet om de vaccinatiegraad de komende jaren te verhogen.

Aangezien de cijfers nog steeds onder het regionaal gemiddelde en de WHO-normen zijn en er nieuwe inzichten over de juiste werkwijze zijn, blijft het verhogen van de vaccinatiegraad een punt van aandacht. Wij vragen onze uitvoerende partijen op basis van de nieuwe inzichten gesprekken met ouders te voeren over het vaccineren.

<sup>3</sup> WHO-norm: polio 90%, mazelen 95%. Voor de overige vaccinaties heeft de WHO (nog) geen norm gesteld. Voor Nederland wordt ervan uitgegaan dat een entpercentage van minstens 90% voor alle vaccinaties nodig is om verspreiding van de betreffende ziekte te voorkomen.

## Hoofdstuk 5: Financieel kader

### Meerjarenbegroting budget geneeskundige-en gezondheidszorg

	2014	2015	2016	2017	Opmerkingen
Geneeskundige en gezondheidszorg					
<i>Inwonersbijdrage voor GGD</i>	€ 11,55	€ 11,67	€ 11,79	€ 11,90	Besluitvorming in AB GGD Midden-Nederland**
Basispakket GGD, uitvoering gemeenschappelijke en regionale taken*	€ 728.273,83	€ 735.556,57	€ 742.912,14	€ 750.341,26	Afhankelijk van aantal inwoners.
<i>Structurele activiteiten</i>					
GGD Woonhygienische problemen	€ 8.175,66	€ 8.257,41	€ 8.339,99	€ 8.423,39	
GGD voorzitterschap casuïstiek overleg OGGZ	€ 13.060,31	€ 13.190,91	€ 13.322,82	€ 13.456,05	
GGD voorlichting genotsmiddelen (gezonde school)*	€ 16.199,00	€ 16.199,00	€ 16.199,00	€ 16.199,00	Tevens speerpunt alcoholmatiging
GGD Netwerk ZAT 12-*	€ 4.367,00	€ 4.367,00	€ 4.367,00	€ 4.367,00	
GGD inspecties kinderopvang en peuterspeelzalen	€ 65.000,00	€ 65.650,00	€ 66.306,50	€ 66.969,57	Open einde regeling***
GGD lijkschouwingen	€ 4.500,00	€ 4.545,00	€ 4.590,45	€ 4.636,35	Open einde regeling
GGD advisering milieu en gezondheid	€ 5.617,62	€ 5.673,80	€ 5.730,53	€ 5.787,84	
Kloppend hart huis	€ 15.112,00	€ 18.179,00	€ 18.179,00	€ 18.179,00	Mogelijke bezuiniging in kadernota 2014****
<i>Uitvoering speerpunten</i>					
Ouderenzorg	€ 44.509,58	€ 39.153,31	€ 45.040,57	€ 45.621,55	Wordt belegd in vernieuwing welzijn/bestuurlijk aanbesteden
Alcoholmatiging	€ 0,00	€ 0,00	€ 2.700,00	€ 0,00	Projectperiode Frisvalley loopt t/m 2015 (dekking gerealiseerd), in 2016 budget nodig voor borging
Gezond gewicht JES	€ 13.950,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
<b>TOTAAL</b>	<b>€ 918.765,00</b>	<b>€ 910.772,00</b>	<b>€ 927.688,00</b>	<b>€ 933.981,00</b>	
<b>Beschikbaar</b>	<b>€ 918.765</b>	<b>€ 910.772,00</b>	<b>€ 927.688,00</b>	<b>€ 933.981,00</b>	Inclusief bezuiniging in de kadernota*****

Overige budgetten ten behoeve van speerpunten					
Verslavingszorg (lessen VO-scholen)*	€ 11.713,00	€ 11.713,00	€ 11.947,26	€ 12.186,21	Tevens speerpunt alcoholmatiging

\* Het college heeft ingestemd met een voorstel voor een herontwerp van de Twyn, Centrum voor Jeugd en Gezin. Conform dit herontwerp wordt gekozen voor één geïntegreerde organisatie. Dit betekent dat de budgetten GGD voorlichting genotsmiddelen, GGD Netwerk ZAT 12-, Verslavingszorg lessen VO-scholen en een gedeelte van het basispakket GGD, namelijk Jeugdgezondheidszorg, vanaf 2015 niet meer onder dit budget vallen. De hier genoemde bedragen worden samengevoegd met de overige jeugdbudgetten om zo tot een integrale aanpak te komen. De taken worden nog wel



uitgevoerd, maar door een andere organisatie, namelijk de Twyn. In 2013 vindt hier verdere besluitvorming over plaats.

\*\* Besluiten over de begrotingen van GGD Midden-Nederland worden genomen door het Algemeen Bestuur (AB) van de GGD. Als het AB instemt met de voorgelegde begroting, dan is de gemeente verplicht haar deel in de kosten bij te dragen. De genoemde inwonersbijdragen GGD gaan uit van 1% indexering in de begroting van de GGD (conform de vastgestelde begroting 2014 van de GGD).

\*\*\* Mogelijk kunnen de kosten voor de inspecties deels worden doorberekend aan de eigenaar van het kinderopvangcentrum. Dit geldt alleen bij nieuwe exploitatie van kinderopvang of gastouders (op de reguliere jaarlijkse inspecties kunnen geen leges worden geheven). Hiervoor moet de legesverordening worden aangepast. In 2014 wordt onderzocht in hoeverre dit wenselijk is en wat de financiële gevolgen zullen zijn. De middelen die resteren als gevolg van deze aanpassing, worden ingezet voor uitvoering van de speerpunten.

\*\*\*\* Vanaf 2017 kan mogelijk worden bezuinigd op de ruimte die GGD Midden-Nederland gaat huren in het Kloppend Hart huis. Wij verwachten dat deze ruimte in verband met de doorontwikkeling van de Twyn, Centrum voor Jeugd en Gezin, niet meer nodig is. Hiervoor moeten de bestaande afspraken met de GGD en de eigenaar van het Kloppend Hart huis worden gezien.

\*\*\*\*\* In de kadernota 2014 staat een bezuiniging op de uitvoering van de speerpunten: € 24000 in 2014, € 35000 in 2015, € 37000 in 2016 en € 50000 in 2017. In de genoemde beschikbare bedragen zijn deze bezuinigingen reeds verwerkt. Tevens wordt in de kadernota voorgesteld de subsidies in 2014 en 2015 niet geïndexeerd. De genoemde beschikbare bedragen zijn daarom in 2014 en 2015 inclusief 0% indexering, in 2016 en 2017 inclusief 2% indexering.

# Bijlagen

## ***Bijlage I: Evaluatie speerpunten en maatregelen nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012***

### Gezond gewicht bij jongeren

In de nota LGB 2009-2012 was gezond gewicht bij jongeren een speerpunt. Het streven was het percentage kinderen met overgewicht te laten dalen. Uit onderstaande onderzoeksgegevens van GGD Midden-Nederland blijkt dat dit voor twee leeftijdsgroepen is gerealiseerd, terwijl het aantal kinderen met overgewicht in groep 6 is gestegen:

	<b>Nota LGB 2009-2012</b>	<b>2012</b>
Groep 2	14 %	9,6 %
Groep 6	15 %	19,1 %
Klas 2	18 %	13,3 %

Tabel 3: percentage kinderen met overgewicht (inclusief obesitas)

Deze verschillen zijn slechts deels te verklaren door de interventies die zijn uitgevoerd. Vele factoren zijn namelijk van invloed op gezonde voeding en bewegen. Daarnaast is een groot aantal activiteiten gericht op groep 6. Blijkbaar is dit niet de meest effectieve wijze van interveniëren geweest. Uit landelijk onderzoek blijkt dat een wijkgerichte aanpak meer effect heeft dan diverse activiteiten voor heel Veenendaal.

Het landelijke beeld is dat er meestal een piek in overgewicht in groep 6 is. Daarna lijkt het percentage te dalen, maar dat komt vooral door de groeispurt die veel jongeren in klas 2 hebben. Dit percentage overgewicht is daarom lager dan het percentage in groep 6, maar dat beeld is dus vertekend. Wel laat de tabel zien dat overgewicht op jonge leeftijd moet worden aangepakt: in groep 6 is het aantal kinderen met overgewicht verdubbeld ten opzichte van groep 2.

Om gezond gewicht bij jongeren te bevorderen, zijn binnen de nota LGB 2009-2012 de volgende maatregelen uitgevoerd:

### *Werkgroep gezond gewicht (resultaat behaald)*

In 2009 is de werkgroep gezond gewicht ingesteld. In deze werkgroep zitten een vertegenwoordiger van de Coöperatie Samenwerkende Fysiotherapeuten Veenendaal, een diëtist van Vialente, jeugdarts van Vitras CMD, een jeugdarts van GGD Midden-Nederland, Welzijn Veenendaal, Samenwerkingsverband samen naar school, Sportservice Veenendaal, Indigo en de gemeentelijke beleidsmedewerker volksgezondheid. Deze werkgroep heeft, conform de nota LGB 2009-2012, de hiaten in het aanbod in kaart te gebracht en gezamenlijk voorstellen gedaan voor oplossingen voor deze hiaten. Op basis hiervan zijn onderstaande acties gerealiseerd.

### *Inrichting van de buitenruimte (resultaat behaald)*

De inrichting van de buitenruimte kan mensen stimuleren om meer te bewegen. Door bijvoorbeeld veilige fiets-en wandelroutes (naar scholen), veilige speelplekken, voldoende groen en veilige waterpartijen en goed onderhoud van de buitenruimte. De afdelingen B&O en WSB hebben samen een inventarisatie gemaakt van het bestaande beleid voor de inrichting van de buitenruimte. Er is bekeken welke doelstellingen er reeds zijn om bewegen in de buitenruimte te bevorderen. Uit deze inventarisatie blijkt dat er al veel beleid is dat bijdraagt aan het bevorderen van bewegen. Dit gaat bijvoorbeeld om de volgende doelstellingen (uit het Gemeentelijk Verkeers- en Vervoersplan 2013-2015, het Speelruimteplan 2008-2012, Levensloopbestendig groen, Balansboek rood en groen en het Groenstructuurplan):

- Het blijvend stimuleren van fietsen en lopen.
- Veilige fietsroutes aanleggen binnen Veenendaal en richting de buurgemeenten.
- Zorgen voor goede fietsstallingen bij diverse locaties (OV-knooppunten, winkelcentra)
- Zorgen voor veilige schoolomgevingen, zodat kinderen veilig naar school kunnen gaan.
- Veilige oversteekplaatsen aanleggen voor fietsers en voetgangers.
- Ondersteunen verkeersbrigadiers bij basisscholen.

- Uitbreiden en herinrichten van zones 30, zodat wijken verkeersveiliger worden, ook voor jongeren.
- Ondersteunen van het jaarlijks verkeersexamen voor groepen 7 van alle basisscholen.
- Jaarlijks fietsroutekaartjes voor alle brugklasleerlingen uitdelen
- Jaarlijks fietsvlaggetjes voor leerlingen van groepen 2.
- Voldoen aan de norm 3% speelplekken (Jantje beton en de NUSO).
- Waar mogelijk en wenselijk worden via kleine ingrepen plekken gecreëerd waar spelen in het groen wordt bevorderd.
- Opnemen van principes voor duurzaam groen (voldoende groen, reservering van ruimte voor groenstructuren, voldoende afmetingen en groeiomstandigheden, levensloopbestendig groen, bijdrage aan milieukwaliteit) in programma's van eisen;
- Toetsing van concepten van stedenbouwkundig ontwerpen en schetsontwerpen aan de doelstellingen voor duurzaam groen.

Gezien het feit dat er al veel beleid is om bewegen in de buitenruimte te stimuleren en de veranderde financiële situatie is hier verder geen actie op ondernomen.

#### *Basisscholen (resultaat niet behaald)*

In 2010-2012 hebben 5 scholen op 8 locaties gebruik gemaakt van de lesmethode Lekker fit! Dit is een lesprogramma voor groep 1 tot en met 8 in het primair onderwijs bestaande uit 8 lessen over voeding, beweging en gezonde keuzes maken. In 2013 hebben 2 scholen de activiteiten uitgebreid om te komen tot een zogenoemde Lekker fit duim! en zijn 2 nieuwe scholen begonnen met Lekker fit!

- Er is extra ingezet op het groente-en fruitgebruik door kinderen. Er zijn 9 basisscholen die het fruitgebruik onder hun leerlingen stimuleren. Bijvoorbeeld door een fruitdag te introduceren: kinderen nemen op afgesproken dagen een appel of peer mee naar school. Zo worden ouders gestimuleerd fruit te kopen, zodat dit thuis aanwezig is. Fruit eten wordt zo een gewoonte, zowel op school als thuis.
- Diverse scholen hebben op een andere wijze extra aandacht besteed aan gezonde voeding en bewegen, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van een diëtiste bij een rapportenavond, de inzet van stagiaires voeding en het gebruiken van de FitFoodFunFactor gericht op gezonde traktaties,
- In 2011 is het WK-spruitjes koken georganiseerd. Dit laat zien dat gezond en lekker koken eenvoudig en niet duur hoeft te zijn.

Een gewenst resultaat in de vorige nota was: 70% van de basisscholen besteedt in 2012 in haar curriculum standaard voor alle klassen aandacht aan gezonde voeding en voldoende bewegen. Zoals hierboven beschreven hebben in totaal hebben 15 scholen (65%) in alle klassen veel aandacht besteed aan gezonde voeding en bewegen. Dit betekent dat de doelstelling bijna is bereikt. Het blijkt een lange adem te vereisen om dit thema structureel op de agenda van scholen te krijgen.

#### *VO-scholen (resultaat later bereikt)*

In schooljaar 2011-2012 hebben drie middelbare scholen meegedaan met het Schoolkracht-onderzoek. Op basis van de resultaten van dit onderzoek, hebben twee scholen ervoor gekozen de Gezonde Schoolkantine te implementeren. Zij gaan dit in 2013 met begeleiding van GGD Midden-Nederland realiseren.

In de vorige nota stond de doelstelling: "in Veenendaal hebben in 2008 twee van de vier scholen voor VO meegedaan met Schoolkracht. Eén school heeft aangegeven prioriteit te geven aan het thema gezond gewicht. Deze school krijgt ondersteuning bij het vormgeven van dit speerpunt". Deze doelstelling is dus niet in 2008 bereikt, maar wel in 2012/2013.

#### *Activiteiten voor kinderen met (licht) overgewicht (resultaat behaald)*

- *Overbruggingsplan overgewicht*  
Het overbruggingsplan overgewicht wordt sinds 2008 door de GGD uitgevoerd. In 2011 zijn 42 kinderen (12,5%) bereikt. Hiervan hebben 24 kinderen deelgenomen aan het overbruggingsplan, 15 kinderen hebben kortdurende begeleiding ontvangen en bij 3 kinderen zijn huisbezoeken verricht. In 2015 hebben 30 kinderen deelgenomen aan het overbruggingsplan en hebben 25 kinderen kortdurende begeleiding ontvangen.  
Dit betekent dat het gewenste resultaat (15% van de kinderen met overgewicht wordt bereikt) in 2012 is behaald. Het blijkt echter moeilijk om ouders te motiveren om mee te doen aan het overbruggingsplan. De GGD heeft veel contacten met ouders om ze te stimuleren, terwijl de

daadwerkelijke deelname lager is. Daarom wordt vanaf 2013 het overbruggingsplan overgewicht niet meer uitgevoerd.

- *Beste beentje voor:*

In 2009-2011 is 'beste beentje voor' uitgevoerd. Dit is een intensief programma van 9 maanden voor kinderen met licht overgewicht. Onder begeleiding van een multidisciplinair team bewegen de kinderen 2 keer per week en ontvangen zij begeleiding van een diëtist. In totaal hebben 43 kinderen deelgenomen aan dit programma. Vanaf 2012 heeft de gemeente dit programma niet meer gefinancierd vanwege beperkte resultaten.

Uit bovenstaande resultaten blijkt het lastig te zijn effectieve programma's voor kinderen met (licht) overgewicht in te zetten. Vaak zijn ouders onvoldoende gemotiveerd om hun kinderen te laten deelnemen. Hun inzet is echter wel essentieel voor het laten slagen van een interventie. Daarom is in 2012 besloten meer in te zetten op een wijkgerichte aanpak in het JES-gebied waarbij ouders intensief worden betrokken (zie paragraaf 4.1).

*Overige activiteiten gericht op kinderen, jongeren, hun ouders en professionals (gewenste resultaat niet in nota LGB 2009-2012 benoemd)*

- *Voorlichting gezonde voeding*

In 2011 en 2012 is extra ingezet op het bereiken van ouders. Daarom is diverse keren aan hen voorlichting over gezonde voeding gegeven: voorlichting bij de opstapprogramma's en brede school-activiteiten, een kookcursus 'gezond en lekker koken hoeft niet duur te zijn' en een cursus 'creatieve en gezonde traktaties'. Voorlichting en cursussen over gezonde voeding, traktaties en tussendoortjes worden vanaf 2013 in het reguliere aanbod van de Brede School en de VVE-programma's opgenomen.

Bij verschillende activiteiten is extra aandacht besteed aan gezonde traktaties, bijvoorbeeld bij de Avondvierdaagse en de Straatspeeldag. Vrijwilligers weten beter hoe zij aandacht kunnen besteden aan gezonde voeding en gezond leven tijdens activiteiten van Bouwdorp.

- *Watertappunten*

Gezond gewicht kun je bereiken door minder frisdrank en meer water te drinken. Om dit te stimuleren zijn er in 2012 twee openbare watertappunten gerealiseerd.

- *Sociale kaart*

De werkgroep gezond gewicht heeft de hiaten in het aanbod in kaart gebracht. Hieruit bleek er behoefte te zijn aan een sociale kaart met activiteiten gericht op gezonde voeding en bewegen. Deze activiteiten zijn opgenomen in de gemeentelijke Sociale kaart die sinds 2012 beschikbaar is. Hierdoor weten de deelnemers van de werkgroep gezond gewicht beter van elkaar welke activiteiten worden aangeboden. In de werkgroep gezond gewicht worden verbindingen tussen deze activiteiten gelegd, zodat zij efficiënter kunnen worden ingezet.

- *Gezonde wijk JES! (resultaat nog onbekend)*

Zie paragraaf 4.1.

#### Dreigende depressie door eenzaamheid onder ouderen

In de nota LGB 2009-2012 was het bestrijden van eenzaamheid onder ouderen om depressie te voorkomen een speerpunt. Dit onder meer naar aanleiding van de zorgwekkende uitkomst op dit terrein in de volwassenen- en seniorenmonitor 2006 van de GGD Midden-Nederland. Hierbij was het streven om eenzaamheid onder ouderen terug te dringen en zo het percentage ouderen met depressieve klachten te laten dalen. Op basis van de volwassenen- en seniorenmonitor 2012 van de GGD Midden-Nederland kan deels een vergelijking worden getrokken met de bevindingen uit 2006<sup>4</sup>:

- Het percentage ouderen in de leeftijd van 65+ in Veenendaal dat zich eenzaam voelt, is licht gedaald, van 47% in 2006 naar 46,3% in 2012.
- Dit is positief ten opzichte van de beweging die zich regionaal laat zien. Het percentage eenzame ouderen is in de regio Midden-Nederland aanmerkelijk gestegen, van 42% in 2006 naar 47,3% in 2012.

Dit toont aan dat het terugdringen van eenzaamheid/ sociaal isolement onder ouderen ook de komende jaren aandacht verdient in het gemeentelijk beleid.

---

<sup>4</sup> De vragen op het terrein van angststoornissen/ depressieve klachten zoals in 2006 gesteld, zijn niet meer opgenomen in de monitor 2012 waardoor een vergelijking van cijfers helaas niet mogelijk is.

Om depressie door eenzaamheid onder ouderen te verminderen, is de afgelopen beleidperiode ingezet op het signaleren van eenzaamheid onder ouderen en op het aanbieden van preventieve ondersteuning. Maatregelen waren:

- Signaleringsnetwerk opzetten.
- Preventieve ondersteuning:
  - Sluitend aanbod (training) signalering symptomen en adequate doorverwijzing door vrijwilligers en professionals
  - Cursussen voor mensen met depressieve symptomen.

In 2013 is een evaluatie uitgevoerd van het ouderenbeleid. Hierin zijn ook de bovengenoemde maatregelen m.b.t. ouderen uit de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012 meegenomen. Over het geheel genomen blijkt uit de evaluatie dat bovengenoemde resultaten zijn behaald en dat vooral het signaleringsnetwerk als geslaagd initiatief zijn plek heeft verworven.

#### *Signaleringsnetwerk Ouderen (resultaat behaald):*

Na de start in 2009 is het Signaleringsnetwerk Ouderen uitgegroeid tot een Veenendaalbreed netwerk waarin kernpartners en schilpartners actief zijn. De coördinatie is in handen van Welzijn Veenendaal. Er is onder meer aandacht besteed aan de kennisvermeerdering op het terrein van eenzaamheid. Bovendien zijn de deelnemende organisaties in het netwerk, o.a. door de ontwikkeling van een sociale kaart eenzaamheid, goed op de hoogte van elkaars aanbod en weten zij elkaar sneller te vinden. Een deel van de casussen op het terrein van eenzaamheid / isolement hoeft hierdoor niet meer besproken te worden in het casuïstiekoverleg, maar wordt daarbuiten al opgepakt. Het zeswekelijkse casuïstiekoverleg met de 23 kernpartners is hiermee uitgegroeid tot de plek waar multiprobleem-casussen worden besproken: complexere casussen waar eenzaamheid vaak een onderdeel is van zwaardere problematiek. Het Signaleringsnetwerk is in 2010 aangemerkt als praktijkproject binnen de WMO-werkplaats van De Hogeschool Utrecht. In samenwerking met de Hogeschool Utrecht is het kwaliteitshandboek 'Kwaliteitscriteria voor een werkend netwerk' ontwikkeld dat als voorbeeld van 'best practise' kan dienen voor andere organisaties in Nederland.

We kunnen concluderen dat het signaleringsnetwerk in een belangrijke behoefte voorziet. De netwerkstructuur is vooral een belangrijk voertuig voor het samen oplossen van complexe problematiek en voor het bereiken van alle partners met voorlichtings- en bewustwordingsactiviteiten op het terrein van eenzaamheid en aanverwante thema's (preventief gezondheidsbeleid). Het is belangrijk dat ook burgers die zorgen hebben over hun naaste ouderen de knowhow die aanwezig is bij het netwerk gaan benutten (burgerconsultatie). Een verbinding tussen het signaleringsnetwerk en netwerken op wijkniveau is van belang voor de verdere doorontwikkeling van de signalering.

#### *Afstemming signaleringsnetwerk en ketenzorg dementie*

In 2011 is op initiatief van zorggroep Charim Ketenzorg Dementie opgestart in Veenendaal. De casemanagers dementie nemen deel aan het casuïstiek overleg van het signaleringsnetwerk ouderen. Andersom worden meldingen bij het signaleringsnetwerk, waarbij signalen van dementie worden vermoed, direct naar huisartsen en casemanagers doorgeleid. De huisartsen geven informatie, advies, doen onderzoek en zorgen voor diagnostiek en medische begeleiding. De casemanagers bieden begeleiding aan de persoon en het systeem, voor- en na de diagnostiek en onderhouden direct contact met de huisartsen.

#### *Preventieve ondersteuning (resultaat behaald):*

Gezien de groeiende groep ouderen en het beleid dat er in grotere mate op gericht is dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen en blijven meedoen in de samenleving, zijn preventieve activiteiten van belang. Dit betreft bewustwordingsactiviteiten voor de ouderen zelf, maar ook voor degenen die voor en met hen werken zoals zorg- en hulpverleners, mantelzorgers en vrijwilligers.

Indigo heeft de afgelopen periode workshops ingevuld voor de partners binnen het signaleringsnetwerk. Deze voorzien in een behoefte en de inhoud is direct toepasbaar in de dagelijkse praktijk. Daarnaast heeft Indigo het samengestelde cursusaanbod 'gelukkig ouder worden' uitgevoerd. Dit aanbod bestaat uit verschillende werkvormen (o.a. interactieve filmavond, cursus 'op zoek naar zin', voorlichting, publicaties) en is gericht op de empowerment van de ouderen en het voorkomen van depressie door eenzaamheid. Daarmee wordt slechts een relatief kleine groep ouderen bereikt, wat deze inzet kostbaar maakt.

Om de beperkte middelen een zo hoog mogelijk rendement te laten hebben, is het advies daarom om de deskundigheid die, bijvoorbeeld bij Indigo, aanwezig is te ontsluiten voor professionals, vrijwilligers en mantelzorgers die direct voor en met kwetsbare ouderen werken. Dit door middel van gerichte training.

#### *Verbinding met andere beleidsterreinen*

In de preventie van eenzaamheid onder ouderen is de afgelopen jaren een integraal beleid gevoerd. Binnen het Wmo-beleid is onder andere aandacht voor:

- *Welzijnswerk- bevorderen zelfredzaamheid en sociale activering:*  
Door middel van de huidige welzijnsactiviteiten voor ouderen binnen de Wmo is aandacht voor ontmoeting, recreatie, beweging, sociale veiligheid, advisering, voorlichting en bewustwording.
- *Pilots ouderenbeleid 'Zilver gaat voor goud' 2010-2013:*  
Hierin is kennis en ervaring opgedaan met vernieuwende werkwijzen in het welzijnswerk voor ouderen. Vooral de methodiek 'vrijwillige netwerkcoach' is een effectieve manier gebleken om ouderen in staat te stellen op eigen kracht hun netwerk te versterken.
- *Ondersteuning informele zorg:*  
Vanuit de Balie voor Mantelzorg en Vrijwilligershulp wordt ondersteuning geboden aan mantelzorgers (o.a. informatie en advies, voorlichting, lotgenotencontact, themabijeenkomsten, respijtzorg)
- *Seniorenvoorlichting aan huis:*  
Huisbezoeken door opgeleide vrijwilligers bij senioren vanaf 75 jaar. Zij zijn een belangrijke schakel in de vroegsignalering van problemen achter de voordeur.

Binnen het beleidskader Sport 'Veenendaal Fit en Vitaal' is sport en bewegen voor senioren een van de speerpunten. Aangetoond is dat sport en bewegen bij ouderen kunnen bijdragen aan het verminderen van eenzaamheid en sociaal isolement. In Veenendaal wordt hiervoor o.a. georganiseerd:

- *GALM beweegactiviteiten:* GALM richt zich op inactieve ouderen in de leeftijd van 55-65 jaar. Doel is om deze groep in beweging te brengen en te houden. Jaarlijks nemen 200 mensen deel aan GALM. Elke 2 jaar wordt een nieuw GALM project gestart.
- *MBVO (meer bewegen voor ouderen):* MBVO heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het zo optimaal en zelfstandig mogelijk functioneren van ouderen. Aspecten als plezier, gezelligheid en de mogelijkheid tot ontmoeten en contact spelen een belangrijke rol. Zo'n 20 ouderen nemen deel aan een wekelijkse activiteit in de periode september-juni.

#### Verbeteren tandzorg bij kinderen (resultaat deels behaald)

In 2009-2012 is het project 'kindergebijt op de rit' uitgevoerd door GGD Midden-Nederland, de Veenendaalse tandartsen en mondhygiënistes en het consultatiebureau. Doel van dit project is het verbeteren van tandverzorging bij kinderen en het bevorderen van het tandartsbezoek. In de nota LGB 2009-2012 staat de doelstelling: 'het project is succesvol als per 1 januari 2013 75% van de 2 tot 4-jarigen bij een Veenendaalse tandarts staat ingeschreven, van de 4 t/m 12-jarigen staat 90% bij een Veenendaalse tandarts ingeschreven'. Na 4 jaar blijkt het tandartsbezoek als volgt te zijn gestegen:

- *In 2013 staat 74,1% van de kinderen in de leeftijdsgroep 2-3 ingeschreven bij een tandarts in Veenendaal.*
- *In 2013 staat 98,7% van 4 t/m 12-jarigen ingeschreven bij een tandarts in Veenendaal.*

Hiervoor zijn de volgende activiteiten ingezet:

- Wanneer ouders met hun kind van twee jaar een consult bij de jeugdarts hebben, dan zijn zij voorgelicht over het belang van het bezoeken van de tandarts vanaf twee jaar.
- Er zijn themabijeenkomsten georganiseerd, er is een promotiecampagne geweest en er zijn berichten in lokale kranten en op de website van de Twyn verschenen.
- Op diverse scholen zijn voorlichtingslessen aan kinderen over goede tandverzorging gegeven:
  - In 2009-2010: 15 scholen (in totaal 62 groepen, 1450 leerlingen).
  - In 2011: 11 scholen (in totaal 48 groepen, 1030 leerlingen).
  - In 2012-2013: 12 scholen (in totaal 54 groepen, 1255 leerlingen).
- De scholen hebben daarnaast gebruik gemaakt van leskisten.

#### Vaccinatiegraad (resultaat niet behaald)

- Zie paragraaf 4.4..

### Vroegsignalering door eerstelijns (resultaat niet behaald)

#### *Onderzoek onder de professionals in de eerste lijn*

In 2011 is er een onderzoek onder alle eerstelijnspartijen in Veenendaal uitgevoerd ten behoeve van de versterking van de eerstelijnszorg in Veenendaal. Hieruit is gebleken dat professionals in de eerstelijns behoefte hebben aan persoonlijke ontmoeting en uitwisseling van informatie. Op basis van de resultaten van dit onderzoek heeft de gemeente besloten te investeren in het stimuleren van ontmoeting en uitwisseling van eerstelijnsprofessionals. Daartoe heeft de gemeente 3 bijeenkomsten georganiseerd.

#### *Eerste netwerkbijeenkomst*

In september 2011 heeft de eerste bijeenkomst voor eerstelijns plaatsgevonden. Ongeveer zestig professionals uit diverse disciplines waren aanwezig. Zij zijn geïnformeerd over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en zijn met elkaar in gesprek gegaan over deze wet.

#### *Tweede netwerkbijeenkomst*

In juni 2012 is de tweede bijeenkomst georganiseerd. Deze stond gepland voor april 2012, maar is uitgesteld, omdat:

- Slechts zeer weinig huisartsen zich hadden aangemeld.
- Bij netwerkbijeenkomsten deelname van alle disciplines van belang is. Daarnaast hebben juist de huisartsen een cruciale rol in de eerstelijns.
- Andere disciplines deze netwerkbijeenkomst willen gebruiken om meer in contact te komen met huisartsen. Enkele hebben daarom laten weten geen interesse te hebben in deze bijeenkomst indien de huisartsen niet aanwezig zijn.

Na overleg met de manager van de Coöperatie Huisartsen Veenendaal (CHV), de manager van het Regionaal Overleg Huisartsen Gelderse Vallei (ROHgv) en vertegenwoordigers van de Veense huisartsen in het ROHgv is de bijeenkomst opnieuw, dit keer in juni, georganiseerd. Er waren ongeveer 25 professionals uit de eerstelijnszorg aanwezig. Zij hebben in drie groepen casussen met actuele problemen besproken: puberteitsproblemen, obesitas en huiselijk geweld.

#### *Derde netwerkbijeenkomst*

In november 2012 is de derde netwerkbijeenkomst georganiseerd. Centraal stond het thema 'zorg dichtbij huis – zelfstandig thuis!'. Deze bijeenkomst is afgezegd, omdat er te weinig aanmeldingen, namelijk slechts 9, waren.

#### *Voortzetting*

De gemeente vindt het belangrijk dat eerstelijnspartijen goed samenwerken, zodat de juiste zorg aan inwoners wordt geboden. Dit heeft de gemeente willen stimuleren door netwerkbijeenkomsten te organiseren. Deze zijn georganiseerd op basis van de eerder genoemde onderzoeksresultaten. Daarnaast zijn partijen uit de eerstelijns betrokken bij de voorbereiding: welke dag en welk tijdstip? Welk onderwerp en welke werkvorm? Ondanks de inspanningen van de gemeente, professionals in de eerstelijns die hebben geholpen met de voorbereidingen en hebben deelgenomen aan de bijeenkomsten, is het aantal aanmeldingen bij de laatste bijeenkomst zeer laag. Deze bijeenkomsten waren bedoeld als vliegwielen: hierna zouden de eerstelijnspartijen de bijeenkomsten zelf moeten voortzetten. Daarom is voortzetting van deze netwerkbijeenkomsten niet wenselijk.

### Huisartsenpost/weekend dienst apotheek (resultaat niet behaald)

De wethouder Volksgezondheid heeft gesproken met de huisartsen en de directeur van de Huisartsenpost de Gelderse Vallei (HAP). De directeurs van de HAP en de Dienstapotheek Gelderse Vallei hebben in oktober 2011 tijdens een dialoogavond een presentatie gehouden. Uit deze presentatie is gebleken dat beide goed functioneren. Wanneer iemand niet naar de HAP kan komen en bezoek aan een arts wel wenselijk is, dan komt een arts van de HAP bij diegene op huisbezoek. Ook wanneer mensen na een bezoek aan de HAP medicijnen nodig hebben en niet naar de apotheek kunnen, dan neemt de arts bij het huisbezoek de benodigde medicijnen mee of worden de medicijnen door de Dienstapotheek thuisbezorgd. Doordat de HAP bij Ziekenhuis Gelderse Vallei is gevestigd, kunnen patiënten in geval van spoed sneller en beter naar specialistische zorg worden geleid. Ook valt de bereikbaarheid van de HAP binnen de wettelijke verplichtingen: de HAP moet binnen 30 minuten te bereiken zijn. Op basis van deze informatie zijn er verder geen nieuwe stappen gezet om een HAP binnen Veenendaal te realiseren.

#### Verslavingspreventie roken en alcohol (resultaat behaald)

In maart 2011 is Veenendaal aangesloten bij FrisValley. FrisValley is een regionaal samenwerkingsverband gericht op:

- het voorkomen van alcoholgebruik onder de 16 jaar en;
- het voorkomen van binge drinking onder de 24 jaar.

Er zijn diverse activiteiten uitgevoerd om deze doelstellingen te bereiken:

#### *'Gezonde School en genotmiddelen' in het basisonderwijs.*

GGD Midden-Nederland voert in groep (7/8) in het basisonderwijs in Veenendaal het lesprogramma 'gezond school en genotmiddelen' uit. Een preventiemedewerker van de GGD geeft drie lessen over roken en alcohol. Drugsgebruik op de basisschool vindt zeer gering plaats en sluit niet aan bij de beleveniswereld van basisschoolleerlingen. Daarom is dit geen onderdeel van dit lesprogramma. Met name in de alcoholles wordt veel aandacht besteed aan rollenspellen en het vormen van een eigen mening. Het doel van deze oefeningen is de leerlingen weerbaar te maken. Naast deze lessen voor leerlingen organiseert de GGD ouderavonden/middagen.

#### *Voorlichtingslessen Stichting Voorkom in het voortgezet onderwijs*

Stichting Voorkom verzorgt lessen over alcohol, drugs, roken en gokken in het voortgezet onderwijs. Jongeren en hun ouders worden door een ervaringsdeskundige voorgelicht over de risico's van verslaving. Waar nodig worden jongeren doorverwezen naar Victas. Daarnaast wordt voorlichting gegeven aan vrijwilligers bij kerken over het signaleren en bespreekbaar maken van een verslaving. Zij leren de mogelijkheden van doorverwijzen naar en samenwerken met Victas.

#### *Preventieve activiteiten Victas*

Victas voert diverse preventieve activiteiten uit, zoals trainingen Instructie Verantwoord Alcoholshenken voor sportverenigingen.

#### *Boete-of Kanskaart.*

In dit project krijgen jongeren die voor het eerst met justitie te maken krijgen voor een alcoholgerelateerd delict de kans om te kiezen voor een boete of een HALT-traject met een cursus bij Victas. Deze cursus over alcoholgebruik is niet alleen voor de jongeren zelf, maar ook om hun ouders voorlichting te geven over de gevolgen van alcoholgebruik bij jongeren. De bedoeling is dat dit doorwerkt naar andere jongeren en ouders.

#### *Regelgeving*

In de regio is gewerkt aan een modelverordening die gericht is op het versterken van preventief alcoholbeleid. In 2013 stellen alle gemeenten een Drank- en Horecawet verordening vast die is gebaseerd op de regionale modelverordening. In Veenendaal wordt in 2013 het alcoholbeleid gebaseerd op de nieuwe Drank- en Horecawet in de Horecanota 'Veenendaal bruist' vastgelegd.

#### *Toezicht*

Er is een regionale samenwerking opgezet rond de nieuwe toezichtstaak in de nieuwe Drank- en Horecawet. Dit is geformaliseerd in een samenwerkingsconvenant. Begin hebben de BOA's in de regio deelgenomen aan de regionaal georganiseerde training gericht op het behalen van de wettelijke bevoegdheid voor het toezicht.

#### Preventie logopedie (resultaat niet behaald)

GGD Midden-Nederland heeft logopedische screening op de basisscholen in Veenendaal uitgevoerd: de GGD heeft alle kinderen in groep 2 gescreend en kinderen in andere groepen waarbij vermoedelijk sprake is van een taal- of spraakachterstand. Vervolgens zijn de kinderen doorverwezen naar een logopedist. Bij de brede heroverweging is besloten deze screening na schooljaar 2012-2013 niet meer te financieren.

#### **Financiële evaluatie**

In de periode 2009-2013 zijn de uitgaven binnen de beschikbare budgetten gebleven. In enkele jaren was er sprake van onderbesteding. Dit is eerder vermeld in de betreffende jaarrekening en/of bestuursrapportage.

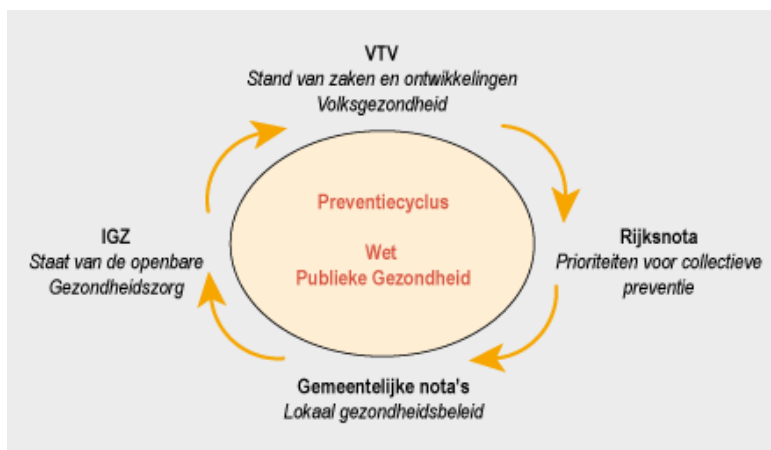


## ***Bijlage II: Landelijke nota gezondheidsbeleid 'gezondheid dichtbij'***

### Aanleiding en kader

Iedere vier jaar brengt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de landelijke nota gezondheidsbeleid uit die geldig is voor een periode van 4 jaar. Dit is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). In de nota benoemt de minister de landelijke prioriteiten die aanknopingspunten bieden voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De landelijke nota is een reactie op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 (VTV) van het RIVM en op de rapportage Staat van de Gezondheidszorg 2010 (SGZ) van de Inspectie Volksgezondheid. Als zodanig maakt de nota deel uit van de 4-jaarlijkse beleidscyclus op de preventieve volksgezondheid:



### Kernpunten landelijke nota gezondheidsbeleid: 3 thema's

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 van het RIVM laat zien dat het goed gaat met de gezondheid in Nederland, maar dat het nog beter kan.

Ook blijkt dat de vijf speerpunten uit de preventienota 2006, de vorige versie van de landelijke nota gezondheidsbeleid, belangrijk blijven om de volksgezondheid te verbeteren. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Het kabinet houdt deze speerpunten vast, maar legt daarbij het accent op bewegen. Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid en is verbonden met de andere speerpunten.

In deze landelijke nota gezondheidsbeleid is de kabinetsvisie uitgewerkt in drie thema's:

#### *1. Vertrouwen in gezondheidsbescherming*

Mensen kunnen sommige risicofactoren voor de gezondheid niet of moeilijk zelf beïnvloeden. Op dit terrein kan de Nederlander op de overheid rekenen. Heldere wet- en regelgeving en toezicht op de naleving hiervan blijven noodzakelijk.

#### *2. Zorg en sport dichtbij in de buurt*

De gezondheidszorg kan zich nog meer richten op het bevorderen van gezondheid, naast het bestrijden van ongezondheid. Herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt of digitaal bereikbaar (eHealth) kunnen hieraan bijdragen, net als tijdige signalering van gezondheidsrisico's en toepassing van effectieve interventies en innovatieve behandelwijzen. Zorg en preventie moeten meer worden afgestemd. Betrokken partijen moeten dan werken aan een sterkere fysieke, organisatorische en inhoudelijke verbinding tussen de publieke gezondheid en basiszorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), AWBZ en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het kabinet wil dat iedereen veilig kan sporten, bewegen en spelen in de buurt. Hiervoor zijn voldoende en laagdrempelige voorzieningen nodig.

#### *3. Zelf beslissen over leefstijl*

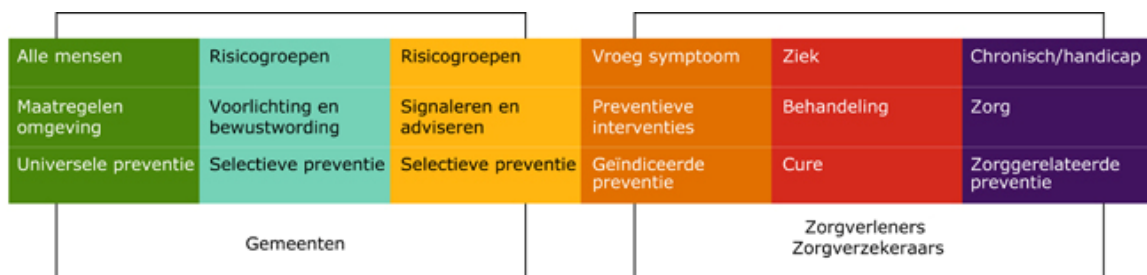
Als het om leefstijl gaat, schrijft de overheid mensen zo min mogelijk voor wat ze wel of niet mogen. Mensen maken zelf keuzes. Die keuzes worden gemaakt in een omgeving waarin de gezonde keuze makkelijk is. Aan die omgeving dragen diverse maatschappelijke sectoren bij. Vanwege de

betrokkenheid van diverse sectoren is in de nota ook nadrukkelijk de verbinding van diverse ministeries met het gezondheidsbeleid terug te vinden. Deze verbondenheid van gezondheidsbeleid met andere beleidsterreinen geldt ook op lokaal niveau. Publiek private samenwerking (PPS) ziet het Kabinet als een kansrijke methode om de gezonde keuzes aantrekkelijk en toegankelijk te maken. Daarnaast is beschikbaarheid van betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie essentieel. Het Kabinet besteedt extra aandacht aan jeugd. Naast bevordering van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan, vindt het kabinet dat het stellen van grenzen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd gerechtvaardigd is.

### Bijlage III: relatie Wmo, WPG, AWBZ en Zvw

De Wpg is gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen (en dus ook van verminderde zelfredzaamheid) of het voorkomen dat gezondheidsproblemen verergeren of chronisch worden. De Wmo richt zich vooral op het bevorderen van maatschappelijke participatie, ook van mensen die om welke reden dan ook minder zelfredzaam zijn. Het domein van de 'care' (de zorg) richt zich op handhaving of verbetering van de kwaliteit van leven bij ziekte of beperking. De 'cure' richt zich vooral op genezing en valt als zondanig onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). De AWBZ ten slotte is bedoeld om kosten te vergoeden voor langdurige zorg die naar aard en omvang niet onder de Zvw valt, bijvoorbeeld verpleeghuiszorg. Per 2015 ontvangen inwoners met relatief ernstige beperkingen geen begeleiding of verzorging meer vanuit de AWBZ. Gemeenten zijn dan verantwoordelijk voor compensatie van de beperkingen van deze groep inwoners vanuit de Wmo, voor zover zij zelf hiertoe (met behulp van het eigen netwerk) niet in staat zijn.

De relatie tussen gemeente en zorgverzekeraar op het gebied van publieke gezondheid kan als volgt worden weergegeven:

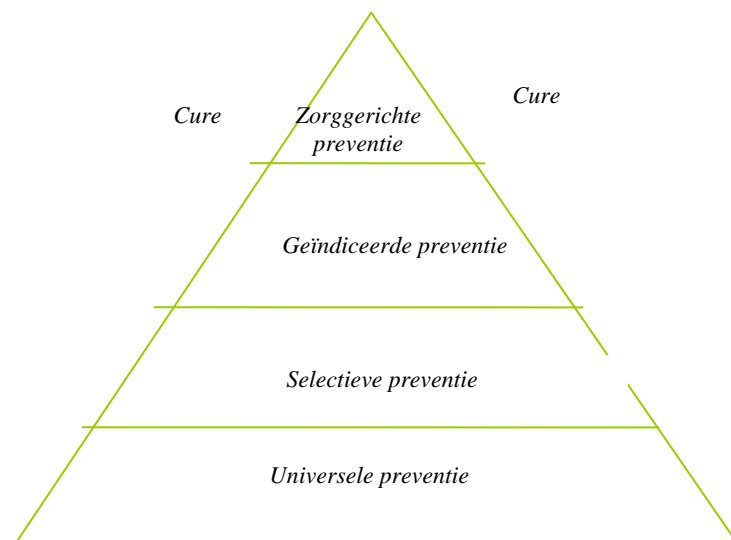


Figuur: Publieke gezondheidszorg: van universele preventie tot zorg

De verbinding tussen Wmo en Wpg is vooral gelegen in de termen *zelfredzaamheid en participatie*: gezonde burgers gaan naar school, kunnen hun eigen huishouden in stand houden en zich zelfstandig in en om hun woning bewegen, hebben werk, doen vrijwilligerswerk, leveren mantelzorg en onderhouden contacten in hun wijk of buurt, etc. Preventie in het kader van de Wpg kan ervoor zorgen dat de toename van mensen met een (chronische) ziekte wordt afgeremd en mensen dus (langer) gezond blijven. Omdat veel chronische ziekten te relateren zijn aan leefstijlfactoren, zijn ze (deels) te voorkomen of uit te stellen.

De vormen van preventie worden veelal als een piramide voorgesteld, met aan de basis de 'universele/collectieve preventie': gericht op de hele bevolking, zoals gezondheids-bevorderende maatregelen op thema's als bewegen, roken, alcohol etc. (bijv. een goed fietspadenplan of sportbeleid om mensen aan het bewegen te krijgen of voorlichting over de gevaren van roken). Met 'selectieve preventie' schuiven we op in de richting van groepen of individuen die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van bepaalde gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld maatregelen gericht op kinderen met overgewicht). De derde stap in de piramide betreft preventieve maatregelen voor mensen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel de eerste symptomen vertonen: 'geïndiceerde preventie' (bij voorbeeld het tijdig ontdekken van een hoge bloeddruk kan het ontstaan van hart- en vaatziekten voorkomen). Nog een stap verder doelt op mensen met een gediagnosticeerde ziekte of probleem. Er is dan sprake van 'zorggerichte preventie' of 'care', die zich richt op het voorkomen van verergering en behoud van functioneren.

De gemeentelijke aanpak in het kader van de publieke gezondheidsbeleid richt zich vooral *beleidsmatig* op de gehele bevolking (*universeel*) of op bepaalde doelgroepen daarvan (*selectief*). Gemeentelijke taken in het kader van de Wmo gaan verder: van *universeel* tot *zorggericht*, van *collectief* tot *individueel*.



## **Bijlage IV: advies Wmo-forum**

Aan het college van Burgemeester en Wethouders  
en de leden Raadscommissie van de gemeente Veenendaal  
Postbus 1100  
3900 BC Veenendaal

Afz.: Wagnerpad 3  
3906 ZA Veenendaal

Betreft: **Advies: Lokaal Gezondheidsbeleid**

Kenmerk: Wmo-forum / 2013-61

Datum: 2 september 2013

Geacht college,

Hierbij ontvangt u het door u gevraagde advies van het Wmo-forum m.b.t. het "Lokaal Gezondheidsbeleid 2014 - 2017".

De beleidsnota is in de vergadering van het Wmo-forum op 16 juli toegelicht door beleidsambtenaar de mevr. F. Wienbelt.

De reactie van het Forum bestaat uit:

1. Algemene opmerkingen
2. Reactie op speerpunt "Voorkomen alcoholgebruik onder jongeren"
3. Reactie op het speerpunt "Tijdig signaleren eenzaamheid / sociaal isolement bij ouderen"
4. Reactie op de Aandachtspunten
5. Terugblik evaluatie gezondheidsbeleid 2009 – 2012
6. Samenvattende conclusie

### **1. Algemene opmerkingen "Lokaal Gezondheidsbeleid 2013 - 2017"**

#### **1.1. Beperkt, maar wel met 2 terechte speerpunten**

De nieuwe nota is beperkt in vergelijking met het Lokale gezondheidsbeleid 2009 – 2012. Het college kiest meteen voor twee speerpunten; alcoholgebruik onder jongeren en eenzaamheid onder de ouderen. Overige gezondheidsterreinen uit het de vorige beleidsnota komen in de nieuwe nota zelf niet tot nauwelijks aan de orde. Zoals; overgewicht onder jongeren, diabetes, depressie, tandzorg etc. Alleen in hoofdstuk 4 worden andere aandachtspunten genoemd, waaronder "Ketenzorg Dementie" en de "Vaccinatiegraad".

Een belangrijk deel van het Gezondheidsbeleid staat in de evaluatiebijlage van het vorige beleidsplan 2009-2012. Met een omschrijving van veel gezondheidsthema's. En ook waar resultaten zijn bereikt.

Echter: in deze bijlage wordt weer niet aangegeven, wat u in de komende planperiode nu gaat doen met de gezondheidsthema's uit dit vorige beleid. Want wat gaat u nu doen met thema's als overgewicht en tandzorg. Minder of geen inspanningen?

Daarnaast: volgens recente cijfers van met ministerie van VWS groeit een kwart van alle jeugdigen van 12-15 jaar op met ziekte en zorg in de thuissituatie. Een thema dat zeker ook aandacht verdient.

Uw directe keuze voor de twee speerpunten is - zeker vanwege budgettaire redenen - begrijpelijk. Het Forum staat ook achter deze keuze.

Het verdient echter ook aanbeveling te vermelden waarom u niet kiest voor andere onderwerpen. Dat kunnen ook andere dan financiële redenen zijn.

Daarnaast: in de vorige nota hebt u de raad nog de mogelijkheid geboden om een keuze te maken uit drie speerpunten.

#### **1.2. Geen duidelijk meetbare doelstellingen**

Zonder meetbare doelstellingen is het bijna onmogelijk om over 4 jaar vast te stellen of doelen bereikt zijn. In de vorige nota zijn deze doelstellingen op advies van het Wmo-forum nadrukkelijker ingevoegd. U noemde dat zelfs: "We zijn tevreden als..."

Nu volstaat u bij het signaleren en bestrijden van eenzaamheid onder ouderen met een daling van de door de GGD uitgevoerde meting. Zonder aan te geven wat uw streefpercentage is.

Voor het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren zet u in op de uitwerking van FrisValley 2.0. Daarin staan wel concretere doelstellingen per 2015 genoemd. Als dit de resultaten zijn die u ook in Veenendaal wil behalen, verdient het aanbeveling deze ook in de nota Lokaal gezondheidsbeleid op te nemen.

**Advies:** Het Forum bepleit opname van concretere doelstellingen t.b.v. toekomstige evaluaties. Zie ook punt 1.3

### **1.3. Relatie met activiteiten die zijn opgenomen in andere beleidsnota's**

De uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid hoort ingebed te zijn in de aanpak die geschiedt vanuit andere projecten.

In de nota wordt gerefereerd aan de uitwerking van het "Model Veenendaal" en wijkgericht werken volgens de "Integrale toegang tot ondersteuning".

Vooraf externe professionals gaan dit uitvoeren. Deze professionals moeten dus ook uitwerking geven aan de speerpunten van dit Lokale gezondheidsbeleid. En dus moeten zij ook weten welke concrete doelstellingen het college wil bereiken. Dit ter voorkoming van een wel zeer algemene opdracht die later niet of nauwelijks te controleren is.

**Advies:** Aanbevolen wordt geconcretiseerde doelstellingen vast te stellen en deze te delen met ambtenaren en professionele organisaties die belast zijn/worden met de uitvoering van de "Algemeen toegankelijke ondersteuning" en de "Integrale toegang tot ondersteuning".

## **2. Reactie op speerpunt "Voorkomen alcoholgebruik onder jongeren"**

### **2.1. Wie gaan de acties binnen dit speerpunt uitvoeren**

Het Wmo-forum vindt dit speerpunt een terechte keuze.

U benoemt echter alleen activiteiten die onderdeel zijn van het regioproject FrisValley 2.0.

Vraag is echter wie deze activiteiten uit dit project gaan uitvoeren. Worden deze taken straks onderdeel van de wijkteams, de jeugdwijkteams (CJG De Twijn) of professionals die belast worden met de Integrale toegang tot ondersteuning? Hier kan aanspraak gemaakt worden op eigen kracht/verantwoordelijkheid en hulp van de sociale omgeving van de betrokkenen. Ouders, (basis)scholen en verenigingen waar jongeren lid van zijn.

Vraag is wel of de regionale samenwerking voldoende ruimte biedt aan de gemeente om "Veense" keuzes te maken.

**Advies:** maak in de nota duidelijk wie de opdracht krijgt om de activiteiten uit te voeren.

### **2.2. Voorlichting aan jongeren (BO 7 en 8)**

In FrisValley 2.0 worden de groepen 7/8 van het basisonderwijs als nieuwe specifieke doelgroep genoemd. Het Forum is het daar van harte mee eens. Hier kan een forse preventieve werking van uitgaan. Wij zouden dit in het plan zelfs willen benadrukken.

**Advies:** Het Forum geeft de aanbeveling om binnen dit speerpunt prioriteit te geven aan de voorlichting (door ervaringsdeskundigen) aan de groepen 7/8 van de basisscholen. En dit in de nota te vermelden.

### **2.3. Oudercampagne: aanpak per Kern (één kern?)**

In de nota staat dat voor het einde van 2015 minimaal een activiteit is georganiseerd volgens de "Aanpak per Kern". Dit leest alsof u streeft naar slechts één activiteit in een nader vast te stellen wijk. Het Forum vindt dat wel magertjes om het probleem aan te pakken. En welke kern wordt dat dan?

**Advies:** het Forum bepleit een aanpak over meerdere kernen. Aan de wijkteams (en de professionals die hierin werkzaam zijn) kan dit als opdracht worden meegegeven.

### **2.4. Alcoholvrije schoolomgeving (verplichtender)**

Scholen moeten alcoholvrij zijn. De decentralisatie van de Drank- en Horecawet geeft u aanvullende bevoegdheden. In de nota staat dat u beter met scholen wilt gaan samenwerken. Samenwerken? Kan – met de wet in de hand - de alcoholvrije schoolomgeving niet

verplichtender worden gesteld? Het Forum vraagt zich af of hier mogelijk ruimte is voor een zero-tolerance-beleid?

Het voorkomen van “indrinken” en “alcoholverstrekking in de schoolomgeving” is ook een uitstekend thema voor de oudercampagne “Aanpak per Kern”.

**Advies:** (Indien mogelijk) adviseert het Forum in de nota vast te stellen dat u vanuit de Drank- en Horecawet in overleg met VO-scholen en een alcoholvrije schoolomgeving meer verplichtend gaat stellen.

### **2.5. Alcoholbeleid sportverenigingen (regels handhaven)**

Wat geldt voor scholen, geldt ook voor sportverenigingen, ondanks dat dit moeilijker controleerbaar is.

Een voorlichtingscampagne en/of overleg is prima. Maar ook hier kan en moet aan sportverenigingen duidelijk worden gemaakt dat de Drank en Horecawet gemeentelijke sancties mogelijk maakt. Bij alcoholverstrekking aan jongeren zouden vergunningen op het spel kunnen worden gezet.

Actieve controle en/of politieoptreden tijdens en na afloop van wedstrijden moet voor de gemeente aanleiding kunnen zijn om snel sancties toe te passen cq vergunningen in te trekken.

**Advies:** Binnen de mogelijkheden die er zijn mag in het lokale gezondheidsbeleid veel nadrukkelijker worden opgenomen dat het alcoholbeleid op sportverenigingen voor jongeren aan regels is onderworpen. En dat de gemeente hier toezicht op zal houden.

## **3. Reactie op “Signaleren eenzaamheid / sociaal isolement ouderen”**

### **3.1. Continueren speerpunt**

Het Forum onderstreept ook dit speerpunt in het Lokaal Gezondheidsbeleid. Er zijn in de afgelopen periode (goede) resultaten bereikt, zoals blijkt uit de evaluatie in bijlage 1. Het hoge percentage ouderen dat zich eenzaam voelt, rechtvaardigt het doortrekken van het bestaande beleid.

### **3.2. Beslist toevoegen: bestrijden eenzaamheid onder mantelzorgers**

Uit een recent bericht van Staatssecretaris Van Rijn blijkt dat 43% van de mantelzorgers last heeft van eenzaamheidsgevoelens. Terwijl 10% van alle Nederlanders zich eenzaam voelt. Het Forum is daarom van mening dat deze groep binnen in speerpunt “bestrijden eenzaamheid” moet worden opgenomen. In totaal gaat het om ruim 4000 mantelzorgers die intensief en/of langdurig zorg verlenen.

Deze groep vervult een essentiële rol in de samenleving. Ook in relatie tot de zorg voor ouderen.

**Advies:** Voeg steun aan de groep mantelzorgers toe in dit speerpunt. En voer hier regie op.

### **3.3. Signaleringsnetwerk; vroegsignalering maatschappelijke organisaties; bewustwording inwoners**

In de uitwerking van dit speerpunt benadrukt u de rol van ketenpartners, maatschappelijke organisaties en de bewustwording van de burgers zelf.

En dat is weer onderdeel van de uitwerking van het model Veenendaal. We herhalen daarom onze eerdere opmerking dat het doel dat u wilt bereiken, bekend is bij én geaccepteerd wordt door professionele en maatschappelijke instellingen die momenteel werken aan de algemeen toegankelijke ondersteuning en de Integrale ondersteuning. Daar moeten uw doelstellingen geborgd zijn.

U geeft aan dit onderdeel uitmaakt van de bestuurlijke aanbesteding. Wat het Forum betreft hoort daarbij de bestrijding van de eenzaamheid onder mantelzorgers.

**Advies:** Borg uw doelstellingen bij de ketenpartners.

### **3.4. Wijkgericht werken niet beperken tot twee wijken**

U prioriteert de wijken Centrum en Noordwest. Het Forum rekent erop dat daarmee niet

gezegd is dat de andere wijken aan hun lot worden overgelaten.

### **3.5. Preventie: training vrijwilligers en intermediairs**

U wilt vrijwilligers gaan trainen in het signaleringswerk, netwerkcoaching en contact met zorgmijders. Het Forum benadrukt dat deze rollen alleen vrijblijvend en pas na voldoende training bereikt kunnen worden. Voorkomen moet worden dat onvoldoende getrainde vrijwilligers aan de slag gaan in het ondersteunen van risicogroepen, zoals zorgmijders. Maar ook in de nazorg hiervan. Training kost geld. Hiervoor moet wel extra budget beschikbaar zijn.

## **4. Aandachtspunten**

In Hoofdstuk 4 worden 4 aandachtspunten omschreven waar we een korte reactie op willen geven.

### **4.1. Gezonde wijk JES gebied**

In 2015 wordt worden er voor dit project geen middelen meer beschikbaar gesteld. Wij achten een goede evaluatie van essentieel belang om vast te stellen of en welke resultaten u uiteindelijk in deze wijk gerealiseerd hebt. Als lessen voor de toekomst.

### **4.2. Samenwerking eerstelij**

De rol van de huisartsen is essentieel. De samenwerking is echter al vele jaren lang problematisch. De transitie van de Jeugdzorg biedt mogelijkheden voor nieuw overleg. Het Forum is hier echter niet optimistisch over. Zie ook de evaluatie uit het vorige beleidsplan.

### **4.3. Ketenzorg Dementie**

U geeft aan dat u hierover meer duidelijkheid geeft in het nieuwe Wmo-beleidsplan. We zien dit met belangstelling tegemoet.

### **4.4. Vaccinatiegraad**

Het Forum benadrukt dat alleen gesprekken met ouders bepalend zijn voor het al dan niet laten vaccineren.

## **5. Evaluatie speerpunten Lokaal Gezondheidsbeleid 2009 2012**

De evaluatie van het Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012 bevestigt dat het zinvol is om doelstellingen zo concreet mogelijk en (met percentages) vast te stellen.

De evaluatie geeft een goed beeld van bereikte en niet gerealiseerde doelstellingen. Jammer dat u niet aangeeft wat u nu met veel onderwerpen gaat doen.

## **6. Samenvattende conclusie**

Het Wmo-forum staat achter de keuze van de 2 door u gekozen speerpunten.

Wel adviseren wij doelstellingen meer te concretiseren, zoals ook in het vorige beleidsplan.

Anders wordt het Lokale Gezondheidsbeleid een te vrijblijvend plan.

De uitwerking zal ook goed ingebed moeten zijn/worden in de projecten binnen het Model Veenendaal. Daarbij moeten de betrokken instanties de na te streven doelstellingen onderschrijven. Verder wijzen wij u op de adviespunten die bij diverse onderwerpen zijn vermeld.

Ten slotte. U gaat een veel groter beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van de burger.

De praktijk zal uitwijzen hoever deze boog gespannen kan worden. Voor één groep vragen we bijzondere aandacht; de mantelzorger. Deze groep zit nu al in de knel.

Wij ondersteunen het verzoek om hierover in het Lokale Gezondheidsbeleid aandacht aan te besteden. Deze groep is essentieel voor de zorg en heeft net als ouderen een probleem met isolement. Zie ook de brief van Maveens die samen met het Forum aan het college is gestuurd.

Wij hopen u met deze reactie van dienst te zijn en zien uw reactie met belangstelling tegemoet. Hoogachtend,

Namens het Wmo-forum Veenendaal,  
C. van Hal,  
voorzitter