

Lokaal gezondheidsbeleid
Gemeente Brummen
2008-2011



Gemeente Brummen

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| VOORWOORD | 4 |
| INLEIDING | 5 |
| 1. POSITIONERING VAN HET LOKALE GEZONDHEIDSBELEID | 6 |
| 1.1 De betekenis van de openbare gezondheidszorg..... | 6 |
| 1.2 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) | 6 |
| 1.3 Landelijke Preventienota “Kiezen voor gezond Leven” | 6 |
| 1.4 Wcpv en Wmo | 7 |
| 2. LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID | 8 |
| 2.1 Visie op gezondheid 2008 – 2011 | 8 |
| 2.2 Van vertrekpunt naar doelstelling..... | 9 |
| 3. STAND VAN ZAKEN GEZONDHEIDSBELEID | 10 |
| 3.1 Constateringen van de inspectie volksgezondheid op landelijk niveau. | 10 |
| 3.2 Stand van zaken gezondheidsbeleid 2002 - 2006 in Brummen..... | 10 |
| 3.2.1 Het Beleid..... | 10 |
| 3.3 Preventiebeleid, zorgbeleid en facetbeleid..... | 11 |
| 3.3.1. Preventiebeleid | 11 |
| 3.3.2. Zorgbeleid | 12 |
| 3.3.3. Facetbeleid..... | 12 |
| 3.4 Hoe gezond is Brummen?..... | 13 |
| 3.4.1 Bevolking algemeen..... | 13 |
| 3.4.2 De allochtone bevolkingsgroep in Brummen..... | 13 |
| 3.4.3 Gezondheidsbeïnvloedende ontwikkelingen | 13 |
| 3.4.4. Sociaal isolement..... | 14 |
| 3.4.5. Medische milieukunde | 14 |
| 4. BELEIDSSPEERPUNTEN | 16 |
| 4.1 Inleiding | 16 |
| 4.2 Landelijke en regionale speerpunten op lokaal niveau | 16 |
| 4.2.1 Alcoholmatiging..... | 17 |
| 4.2.2 Bevorderen van een gezonde leefstijl..... | 17 |
| 4.2.3 Terugdringen van psychische problemen (depressie en eenzaamheidsproblemen) | 18 |
| 4.2.4 De sociale Pijler van de stedendriehoek gemeenten | 18 |
| 4.3 Lokale speerpunten van beleid | 18 |
| 4.3.1 Een dynamische eerste lijnszorg | 18 |
| 4.3.2 Acute zorg en ondersteuning | 20 |
| 4.3.3. Jeugd | 21 |
| 4.3.4 Ouderen..... | 22 |
| 4.4 Facetbeleid | 23 |
| 4.4.1 Sociale veiligheid | 23 |
| 4.4.2 Binnenmilieu op scholen..... | 23 |
| 4.5 Speerpunten uit de eerste nota lokale volksgezondheid handhaven..... | 24 |
| 4.5.1 Doelgroepen uit 2002..... | 24 |
| 4.5.2 Maatregelen uit 2002 | 25 |
| 5. BEGROTING | 26 |
| Bijlage 1 (bij hoofdstuk 1): Taken binnen de Openbare Gezondheidszorg..... | 27 |
| Bijlage 2 (bij hoofdstuk 2): Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid | 29 |
| Bijlage 3 (bij hoofdstuk 2): Relevante wetgeving voor (aansluiting op) gemeentelijk gezondheidsbeleid | 31 |
| Bijlage 4 (bij hoofdstuk 3): Gezondheid nu en in de toekomst | 33 |
| Bijlage 5 (bij hoofdstuk 3): Evaluatie van de maatregelen uit de gezondheidsnota 2002..... | 35 |
| Bijlage 6 (Bij Hoofdstuk 4): Regie WCPV taken gedeeltelijk bij gemeenten | 37 |
| Bijlage 7 (bij hoofdstuk 4): Jongeren en Ouderen..... | 39 |
| Bijlage 8: Gezondheidsbeïnvloedende ontwikkelingen | 41 |
| Bijlage 9: Coördinatie in ouderenzorg verbeteren, Toespraak, 4 april 2008 | 43 |
| Bijlage 10: P E R S B E R I C H T GGD Gelre - IJssel..... | 45 |
| Bijlage 11: Gehanteerde afkortingen | 47 |

Voorwoord

Voor u ligt de tweede vierjaren nota lokaal gezondheidsbeleid Brummen. In de periode tussen het vaststellen van de eerste en het opstellen van de tweede nota is door de rijksoverheid veel gesleuteld aan de verbetering van de zorg. Er wordt gezocht naar een betere structuur, vooruitlopend op de toename van het aantal chronisch zieken en personen met meerdere aandoeningen. Ook de toenemende complexiteit van de samenleving leidt tot een grotere noodzaak om diverse beleidsterreinen die direct of indirect van doen hebben met het behoud van een goede volksgezondheid beter op elkaar af te stemmen. Van de eerste lijnszorg wordt verwacht dat zij dynamischer werkt. Er dient samenwerking te komen tussen de uitvoerders van het zorgaanbod en het ondersteuningsaanbod. In de effecten voor de burgers moet dit alles waarneembaar zijn. De gemeente heeft de regie over de lokale infrastructuur en de algemene verantwoordelijkheid over het collectief deel van de preventieve volksgezondheid. Dat is geen sinecure. WCPV en WMO schuiven over elkaar in de preventieve initiatieven. Jeugdbeleid en jeugdzorg schuiven over prestatieveld 2 van de Wmo. Milieubeleid is nodig voor het buiten en binnen leefklimaat. En zo is meer te noemen. Preventie, care en cure dienen naadloos aan te sluiten, ten behoeve van de vragende burger.

Lokaal gezondheidsbeleid omvat beleidsinitiatieven en maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid, veelal in aansluiting op de basistaken die de GGD uitvoert. Gemeentelijke taken die de gezondheid en het welbevinden van burgers beïnvloeden worden in deze nota beschreven vanuit de insteek van collectieve volksgezondheid.

Kijken naar de samenleving vanuit het perspectief lokale volksgezondheid en bezien wat aan verbetering toe is, biedt transparantie.

Waar de eerste nota lokaal volksgezondheid voornamelijk een inventarisatie van tamelijk losstaande initiatieven beschreef, gaat deze nota verder. De nota laat beleidsterreinen samenkomen. Wij doen een volgende stap naar het verkrijgen van een gedegen volksgezondheidsbeleid in Brummen.....

Inleiding

Voor u ligt de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Brummen. De nota is om meerdere redenen van belang. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid schrijft voor dat elke vier jaar het lokale gezondheidsbeleid wordt geactualiseerd. Deze wettelijke verplichting biedt bij uitstek de gelegenheid om landelijk en lokaal beleid op elkaar af te stemmen, om lokaal accenten te leggen en om af te stemmen met aanpalende beleidsterreinen.

In 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning ingevoerd. Diverse thema's die in dat verband aan de orde zijn hebben een raakvlak met het gezondheidsbeleid. En er zijn meer terreinen te noemen waar een relatie met preventieve volksgezondheid te leggen is. U kunt denken aan wonen, milieu, arbeidsmarktbeleid en sport. Op al deze terreinen wordt beleid doorontwikkeld.

Voor uw informatie delen wij u hier mede dat op dit moment de nieuwe Wet Publieke Gezondheid door de Eerste Kamer wordt behandeld. Het is nog niet bekend of op korte termijn met dit voorstel wordt ingestemd. De nieuwe wet zal drie wetten vervangen: De Infectieziektewet, de Quarantainewet en de Wet op de collectieve preventie volksgezondheid. De meeste wijzigingen hebben betrekking op de infectieziektebestrijding.

Mocht het zo zijn, dat na invoering van de wet relevante wijzigingen voor het Wcpv deel aan de orde zijn, dan wordt u hierover apart geïnformeerd. Voor dit moment volstaat de huidige, nog steeds van kracht zijnde Wcpv.

De nota biedt u de gelegenheid om vanuit het perspectief van gezondheid verbanden te leggen tussen de vele beleidstaken die de gemeente onder haar verantwoordelijk heeft.

Wat treft u aan in deze nota?

In een algemeen gedeelte wordt gezondheid, de rol van de gemeente en te ontwikkelen beleidselementen in één verband gebracht. Daarover gaat hoofdstuk 1. Hoofdstuk 2 geeft een visie die aansluit op een aantal uitgangspunten uit vastgestelde beleidsnota's die directe raakvlakken hebben met gezondheidsbeleid.

Vervolgens treft u in hoofdstuk 3 de huidige stand van zaken op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Hoofdstuk 4 benoemt de beleidsspeerpunten voor de komende jaren, waarin de aanbevelingen worden meegenomen die voortkomen uit de evaluatie van de eerste nota gezondheidsbeleid. Hoofdstuk 5 voorziet in een financieel overzicht. Het uitvoeringsprogramma is separaat bijgevoegd.

1. Positionering van het lokale gezondheidsbeleid

1.1 De betekenis van de openbare gezondheidszorg

Openbare gezondheidszorg (OGZ) is gericht op collectieve preventie: de bescherming, bevordering en bewaking van de volksgezondheid en acute hulpverlening van de bevolking als geheel. Het meest karakteristiek aan deze zorg is dat er eerder sprake is van een maatschappelijke dan van een individuele hulpvraag. Bij openbare gezondheidszorg gaat het om zorg voor de gezondheid van de samenleving, van risicogroepen en van mensen die tussen de wal en het schip vallen. Deze zorg vult daarmee de reguliere individugerichte zorg aan, die zich vooral richt op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is. Preventie binnen de openbare gezondheidszorg, cure en care zijn dan ook eigenlijk opeenvolgende stadia in het (ziekte)proces.

Naast collectieve preventie die kan gaan over alle terreinen van het leven: van de schoolarts tot voorlichting over dementie, van verslavingspreventie tot reizigersvaccinatie en van toegang tot de zorg tot het tegengaan van vochtige woningen, omvat de OGZ ook activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg, en het acuut optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen. Naast de gemeenten (collectief niveau) hebben de zorgaanbieders, zoals huisartsen en de thuiszorg (individueel gericht) een verantwoordelijkheid in de openbare gezondheidszorg.

Voor het bereiken van de doelen is het nodig dat alle beleidsterreinen van de samenleving zich betrokken voelen bij openbare gezondheidszorg. Die zorg voor de volksgezondheid raakt namelijk aan allerlei andere gemeentelijke beleidsterreinen zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer. Beslissingen die op deze terreinen worden genomen, beïnvloeden de openbare gezondheidszorg (facetbeleid). De openbare gezondheidszorg begeeft zich hierdoor ook buiten de keten van de gezondheidszorginstellingen.

1.2 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv)

In de grondwet is opgenomen dat de (gemeentelijke) overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid (art. 22). In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) zijn de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten vastgelegd op het gebied van collectieve preventie. Deze taken worden door de GGD Gelre-IJssel uitgevoerd. Het gaat hierbij om preventie, cure en care op het gebied van lichamelijk en geestelijke gezondheidszorg. Gemeenten hebben ook taken op terreinen die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloedt, zoals welzijn, volkshuisvesting, milieu, onderwijs en openbare orde.

Met ingang van 2003 is in het kader van de Wcpv besloten dat zowel de gemeente als de rijksoverheid elke vier jaar een nota opstelt, waarin wordt aangegeven welke prioriteiten zij stelt op het gebied van collectieve preventie en hoe zij uitvoering geven aan de taken van de wet. De bedoeling is dat er op deze manier een betere afstemming komt tussen landelijk en gemeentelijk beleid. De inspectie volksgezondheid beoordeelt de nota's.

1.3 Landelijke Preventienota “Kiezen voor gezond Leven”¹

De Rijksoverheid geeft in de landelijke preventienota “Kiezen voor gezond Leven” aan dat preventie een steeds grotere rol speelt in de curatieve gezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt dat de gezondheid van de Nederlanders verslechtert door ongezond gedrag zoals roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht. Het Rijk heeft in de periode 2003 – 2007 ingezet op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Als speerpunten zijn benoemd roken, overgewicht en diabetes.

Voor de periode 2008 – 2011 heeft de rijksoverheid de volgende speerpunten gekozen:

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht
- Diabetes
- Depressie

¹ Kiezen voor Gezond Leven, Min VWS, oktober 2006.

1.4 Wcpv en Wmo

Per 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Gezondheidsbeleid raakt veel terreinen van de Wmo: jeugdbeleid, ouderenbeleid, verslavingsbeleid, onderwijsbeleid etc. Beide wetten hebben als doel een bijdrage leveren aan het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers.

De Wcpv richt zich op het bevorderen en beschermen van de gezondheid van (nog) gezonde burgers. De Wmo wil burgers, vooral degenen met een fysieke, sociale of psychische beperking laten deelnemen aan de maatschappij. Het 'meedoen' heeft vaak al een preventieve werking. Zo komen mensen minder snel in een isolement terecht. De Wmo biedt gemeenten de mogelijkheid tot het nemen van regie voor integratie van preventie activiteiten en maatschappelijke ondersteuningsactiviteiten.

Door het aanbieden van collectieve preventieve voorzieningen wordt voorkomen dat mensen vroegtijdig een beroep moeten doen op individuele verstrekkingen die de gemeente biedt onder de werking van de Wmo. Collectieve preventieactiviteiten worden hiermee zowel een middel om de gezondheid te bevorderen, alsook kan het effect ontstaan dat de kosten van individuele verstrekkingen worden beperkt.

In 2008 wordt het vierjaren Wmo beleid van de gemeente Brummen vastgesteld. De Wmo is zo veelomvattend dat er nu nog voor gekozen om een afzonderlijke nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 vast te stellen. Het is denkbaar dat op termijn lokaal gezondheidsbeleid wordt opgenomen in de vierjaren beleidsnota Wmo.

2. Lokaal gezondheidsbeleid

2.1 Visie op gezondheid 2008 – 2011

Gezondheid en gezond gedrag is in de eerste plaats een zaak van mensen zelf. Daarnaast zijn ook externe factoren van invloed bij het maken van gezonde keuzes. Partijen die hierbij een rol kunnen spelen zijn de gemeente, scholen, werkgevers, de zorgsector en anderen. Een integrale aanpak van gezondheidsproblemen is dan ook het meest effectief. Multidisciplinaire samenwerking van instellingen is de weg waarlangs problemen kunnen worden opgelost.

De gemeentevisie op gezondheidsbeleid sluit aan bij de standpunten die al zijn verwoord in diverse beleidsnota's. Zo is te noemen:

gebiedsgerichte benadering in ondersteuning van wonen, zorg en welzijn (2007)

de kadernota Wmo (2006)

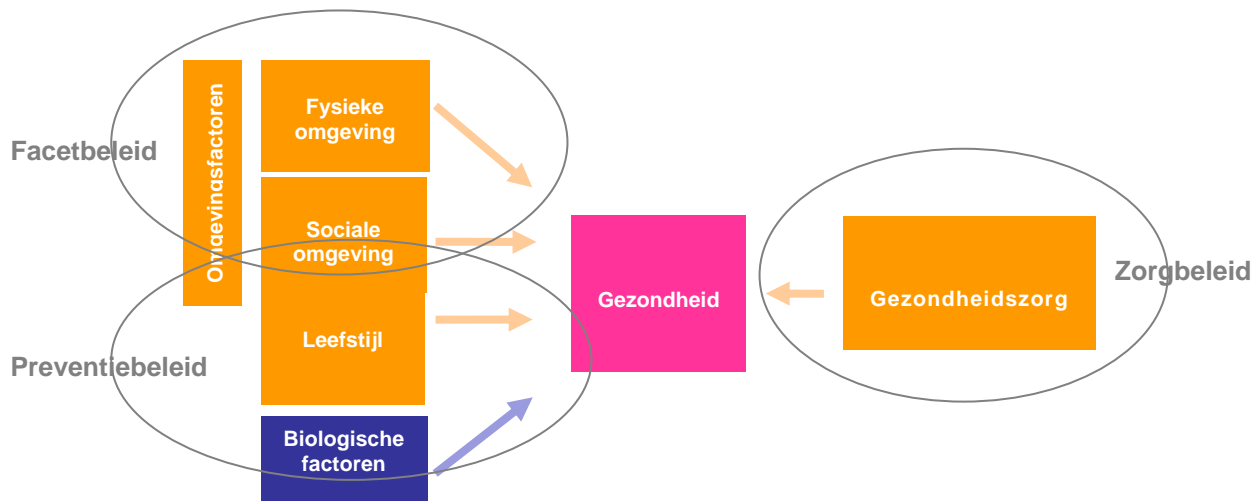
de voorlopige visie op welzijn en zorg (2005)

ouderenbeleid (2005)

jeugdbeleid (2003)

milieubeleid

Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Gezonde mensen voelen zich beter, zijn minder vaak ziek, werken meer en leven langer, kortom: ze kunnen beter meedoen. Gezondheidswinst helpt dus de burger en de samenleving. Gezondheid is een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, die wordt bepaald door factoren van binnenuit en van buitenaf, zowel in negatieve als in positieve zin. De gemeente Brummen zet zich in om op de beleidsterreinen waar gezondheidsaspecten voor de burger aan de orde zijn deze te benoemen en waar nodig maatregelen te nemen ter voorkoming van *ongeoorloofde* schade aan de gezondheid. Drie invalshoeken zijn daarbij aan de orde: preventiebeleid, zorgbeleid en facetbeleid. De gemeente spant zich in om in andere beleidsgebieden zoals ruimtelijke ordening, milieu, volkshuisvesting en veiligheid het volksgezondheidsaspect op te nemen. Dit is een proces dat tijd vergt. Ter illustratie treft u hier een model om gezondheid te 'verklaren' met behulp van de factoren die er op van invloed zijn.²



Vanuit gemeentelijk oogpunt is het traject dat tot het bevorderen en behouden van de gezondheid leidt punt van aandacht.

Gezondheidswinst is vooral te behalen buiten het terrein van de gezondheidszorg. Daarvoor is informatie nodig. Naast de basistaken van de GGD, ondersteunt zij ook, onder meer door het leveren van (epidemiologische) gegevens, ondersteuning bij beleidsvorming, beleidsuitvoering en evaluatie.

² Omgevingsfactoren: de fysieke en sociale omgeving: wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten;

Leefstijlfactoren: het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).

Gezondheidszorg: de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.

Biologische / erfelijke factoren: de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte.

2.2 Van vertrekpunt naar doelstelling

In de hiervoor genoemde beleidsnota's komen de algemene uitgangspunten aan de orde die voor het gezondheidsbeleid van toepassing zijn:

- Vraaggerichte benadering
Benadert de ondersteunings- of hulp vraag vanuit het cliëntbelang. Dit impliceert dat de instelling(en) zeer flexibel dienen te zijn in het aanbieden van en op elkaar aansluiten van de te bieden ondersteuning.
- Gebiedsgerichte benadering
Is meer toegesneden op de gebiedsspecifieke eigenschappen. Het impliceert dat de spreiding, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen rekening houdt met de fysieke kenmerken van een gebied. Veelal is het een kleinschalige benadering.
- Ketenbenadering wonen, zorg en welzijn.
Samenwerking en afstemming tussen de verschillende instellingen en organisaties in de uitvoering van hun taken. Het vooronderstelt goede communicatie, een gedeelde visie op het werk en heldere afspraken.
- Versterken van de regierol van de gemeente
De gemeente neemt de leiding, brengt partijen samen, geeft aanwijzingen en biedt inzicht, zodat een goed functionerend samenspel van instellingen kan ontstaan.
- Beleidsafstemming of wel strategische integrale beleidsvorming is belangrijk en nodig.

Uitgaand van deze vertrekpunten kan het beleid zich richten op:

Het behoud of de verbetering van de volksgezondheid en op het reduceren van gezondheidsverschillen tussen groepen van de bevolking in de gemeente.

Wenselijke effecten zouden kunnen zijn:

- Verlengen van de gezonde levensverwachting
- Optimale kansen op gezondheid voor iedereen
- Reduceren van gezondheidsverschillen
- Verhogen van de kwaliteit van leven
- Bijdragen aan het oplossen van maatschappelijke problemen
- Bijdragen aan samenhang in het aanbod, afgestemd op de vraag

3. Stand van zaken gezondheidsbeleid

3.1 Constateringen van de inspectie volksgezondheid op landelijk niveau.

In 2004 en 2005 heeft de inspectie voor de volksgezondheid onderzocht of de bestuurlijke betrokkenheid bij en de kwaliteit van het lokale gezondheidsbeleid verbeterd is ten opzichte van haar kritische rapport uit 1995 over de rol van gemeenten in de openbare gezondheidszorg. Sinds het verschijnen van dit rapport zijn veel activiteiten in gang gezet om de openbare gezondheidszorg in ons land te verbeteren.

De eerste conclusie is dat deze activiteiten de openbare gezondheidszorg verbeterd hebben, maar dat dit proces nog niet voltooid is en versterking behoeft. De inspectie baseert deze conclusie op vier bevindingen:

- De bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten is verbeterd, maar de sturing is onvoldoende.
- De professionele kwaliteit van GGD'en is verbeterd, gezondheidsbevordering blijft achter.
- De integratie van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar stagneert.
- Het ministerie van VWS versterkt de openbare gezondheidszorg met preventienota en bundeling van expertise bij het RIVM.

De tweede conclusie is dat niet alle onderdelen van de WCPV goed worden uitgevoerd.

- Zo is de informatievoorziening nog onvoldoende, vooral op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg.
- De uitvoering van de gezondheidsbescherming is grotendeels op orde.
- De uitvoering van gezondheidsbevordering schiet tekort.
- Ziektepreventie is redelijk op orde, maar schiet op psychosociaal gebied tekort, met name bij de JGZ 4-19 is nog verbetering mogelijk.

Een derde conclusie is dat een verdere versterking van de openbare gezondheidszorg nodig is om de nieuwe ontwikkelingen het hoofd te bieden.

- Daarvoor behoeft het gemeentelijke gezondheidsbeleid nog een kwaliteitsslag, vooral als het gaat om onderbouwing, consistentie, uitvoering en evaluatie van de plannen die in de nota staan opgenomen.
- GGD'en moeten uitgroeien tot krachtige, professionele organisaties op het gebied van de openbare gezondheidszorg, in het bijzonder bij de uitvoering van epidemiologie en gezondheidsbevordering is het nodig de kwaliteit te verbeteren.
- De corrigerende beïnvloeding van een ongezonde leefstijl moet effectiever.
- De jeugd verdient betere zorg, vooral als het gaat om signalering, doorverwijzing en follow up.
- Er is beter zicht en toezicht nodig op de vangnetfunctie.
- Nederland moet zich beter voorbereiden op rampen met grote gevolgen voor de volksgezondheid.

De inspectie constateert dat de kwaliteit van de GGD' en weliswaar is verbeterd, maar dat men nog onvoldoende voorbereid is op dreigende gezondheidsproblemen. Zo verdienen de vier volgende kwesties volgens de inspectie meer aandacht:

- De sterk stijgende toename van het aantal mensen met overgewicht;
- Het toenemende risico op grootschalige epidemieën;
- Psychosociale problemen bij de jeugd;
- Vangnetfunctie voor mensen zonder huisarts en onverzekerden.

3.2 Stand van zaken gezondheidsbeleid 2002 - 2006 in Brummen

3.2.1 Het Beleid

Algemeen

De eerste nota gezondheidsbeleid gemeente Brummen is begin 2002 vastgesteld .

De doelstelling uit 2002 is als volgt verwoord:

"...De nota is verkennend en inventariserend. Analyse en verkenning van beleid en bestaande voorzieningen heeft geleid tot een aantal aandachtspunten / voorlopige conclusies. L.g. zijn getoetst in een workshop (samengesteld uit burgers, belangen- gezondheids, en welzijnsorganisaties) aan bevindingen uit de praktijk. De uitkomst daarvan heeft het gezondheidsbeleid in belangrijke mate

bepaald. Lokaal gezondheidsbeleid moet in de toekomst een samenhangend kader scheppen voor al het beleid waarbij gezondheidsaspecten en collectieve preventie een rol spelen.....”

De nota beperkt zich tot een inventarisatie van activiteiten die kunnen worden gerangschikt onder de term gezondheidsbeleid. Er wordt een onderscheid gemaakt in wat direct onder de WCPV valt (hfdst. 2) en datgene dat door de gezamenlijke gemeenten is opgedragen ter uitvoering aan de GGD.³ Dan zijn er onderwerpen die aan de WCPV gerelateerd zijn, maar veelal onder een andere wetgeving vorm krijgen (hfdst.3). Voorbeelden hiervan zijn welzijnswet, milieuwetgeving en meer.⁴ De onderwerpen zijn opgedeeld in regionale en lokale voorzieningen. De inventariserende nota 2002 geeft in de bijlage aanvullend een opsomming van lokale eerste lijn organisaties die zich bezighouden met gezondheidszorg of organisaties die de gezondheidszorg indirect raken.

Een visie is in de eerste nota niet opgenomen. Wel geeft de nota twee afgeleide doelstellingen aan:

- Het beleid dient gericht te zijn op de meest kwetsbare groepen. Door preventieve activiteiten wordt kennis en inzicht verschaft over gezondheidszorg en gezondheid.
- Laagdrempelige activiteiten en voorzieningen realiseren ter verbetering van de gezondheidstoestand.

Zo komt de nota tot een toespitsing op vijf doelgroepen die kort worden besproken. In het samenvattende hoofdstuk van de nota uit 2002 wordt een zestal concluderende aanbevelingen/maatregelen opgesomd. In hoeverre ze gerealiseerd zijn treft u aan in de bijlage. Aanbevelingen, volgend op die evaluatie, zijn opgenomen in het hoofdstuk speerpunten van beleid in deze nota.

Genoemd zijn de groepen:

1. Nieuwkomers en oudkomers
2. Ouderen, gehandicapten en chronisch zorgafhankelijken
3. Verslaafden, dak- en thuislozen
4. Uitkeringsgerechtigden zonder arbeidsperspectief en huishoudens in langdurige armoede
5. Jongeren

Genoemd zijn de maatregelen:

- Realiseren van een zorgloket
- Opstellen van ouderenbeleid
- Ontwikkelen van gehandicaptenbeleid / het oprichten van een adviesorgaan
- Onderzoeken of reïntegratieactiviteiten voor lichamelijk gehandicapten in Brummen nodig zijn.
- Opstellen van jeugdbeleid
- Verbanden aanbrengen tussen de breedtesportimpuls, sociale activering, armoedebeleid en activiteiten voor jongeren.

3.3 Preventiebeleid, zorgbeleid en facetbeleid

Voor het realiseren van de hierboven omschreven doelstelling 2008 – 2010 kan gezondheidsbeleid ingedeeld worden in drie deelgebieden met elk specifieke uitvoeringsmogelijkheden te weten preventiebeleid, zorgbeleid en facetbeleid. In de praktijk zien we dat de scheiding niet altijd zo scherp is aan te brengen. Omwille van de helderheid geven we hier uitleg over de indeling.

3.3.1. Preventiebeleid 5

Preventiebeleid richt zich op het voorkomen van ziekten en het bevorderen van gezondheid door het wegnemen van risico's, het bevorderen van gezond gedrag en het scheppen van voorwaarden voor

³ De evaluatie van dat gedeelte van de taken komt terug in de GGD stukken en onderzoeken die in opdracht van de gezamenlijke gemeenten door de GGD worden uitgevoerd. Het betreft voornamelijk de basistaken. Een overzicht daarvan treft u aan in de bijlage.

⁴ Met de invoering van de Wmo op 1 januari 2007 is de Welzijnswet komen te vervallen.

⁵ Het preventieaanbod kan worden ingedeeld naar de methode die wordt gebruikt: Ziektepreventie: hieronder vallen methoden zoals vaccinatie, screening en gerichte medicatie. Deze methoden zijn erop gericht ziekte bij een individu te voorkómen of vroeg te signaleren. Gezondheidsbescherming: door het maken van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld op het gebied van roken in openbare ruimtes) en het handhaven daarvan worden mensen minder blootgesteld aan gezondheidsbedreigende factoren. Gezondheidsbevordering: richt zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezondheidstoestand. Veelgebruikte methoden daarbij zijn gezondheidsvoorlichting en advies op maat. Daar hoort ook bij dat een sociale en fysieke omgeving wordt gecreëerd die gezond gedrag en gezondheid stimuleert.

een gezond bestaan. Vroegtijdige opsporing en het beperken van gevolgen van ziekte zijn hier aan de orde. De centrale doelstelling is het bevorderen van een zo lang mogelijk gezond leven voor zoveel mogelijk mensen (lichamelijk, psychisch en sociaal). Voor de uitvoering van preventief gezondheidsbeleid is de GGD een belangrijke partner, maar ook voorzieningen, zoals welzijnsactiviteiten, de thuiszorg, jeugdzorg, verslavingszorg en de GGZ verstrekken preventieve (sociale) zorg. Vanuit de regierol kan de gemeente via afstemmingsoverleg initiatieven nemen en zo (indirect) sturend optreden.

Voorstel 1 :

De gemeente Brummen wil inzetten op preventiemaatregelen. Voorlichting, signalering en gedragsbeïnvloeding zijn drie componenten die preventief kunnen werken. Een goede structuur dient hiervoor te worden opgezet.

Om effectief preventiebeleid op te zetten is beantwoording van de volgende vragen aan de orde:

1. Hoe kan voorlichting efficiënter worden ?
2. Hoe kan de signalering worden verbeterd?
3. Hoe kan gedragsverandering tot stand komen?

Ad 1. Voorlichting heeft een beperkt effect. Het heeft tot doel de aandacht ergens op te vestigen. Voorlichting die gepaard gaat met signalering en gedragsbeïnvloeding heeft meer resultaat.

Ad 2. Betere signalering: De signaleringsfunctie kan worden versterkt door gebiedsgericht te werken en door goede samenwerking. Er kan gebruik worden gemaakt van intermediairs (politie, jongerenwerker, maatschappelijk werk etc.) Daarnaast is een goed signaleringssysteem belangrijk.

Ad 3. Gedragsbeïnvloeding

De laatste stap in de preventieketen is de gedragsbeïnvloeding. Als gevolg van bijvoorbeeld alcohol of drugsgebruik kan bepaald gedrag, zoals agressie, voorkomen. Probleemgedrag moet vroegtijdig worden opgepakt en in concrete initiatieven worden omgezet die helpen om het gedrag in positieve zin te beïnvloeden.

3.3.2. Zorgbeleid

Het zorgbeleid richt zich op het bevorderen en handhaven van voorzieningen en het zo goed mogelijk afstemmen van deze voorzieningen op de zorgvraag. De gemeente heeft de taak lacunes in het lokale zorgveld te signaleren en te voorkomen door te streven naar voldoende capaciteit en onderlinge aansluiting van voorzieningen. Op het moment dat burgers buiten het reguliere zorgsysteem vallen moet de gemeente zorgregelend kunnen optreden (vangnetfunctie). Daarom zijn de **bereikbaarheid, toegankelijkheid en spreiding** van de gezondheidsvoorzieningen binnen de gemeente belangrijke kwaliteitscriteria.

Afstemming tussen instellingen is daarom van wezenlijk belang. De gemeente zet momenteel in op het realiseren van zorgketens (ouderen en jeugd).⁶

Voorstel 2:

De gemeente draagt in constructieve zin bij aan het realiseren van structurele en flexibele zorgketens, waarbij bereikbaarheid, toegankelijkheid en spreiding worden bewerkstelligd.

3.3.3. Facetbeleid

Het integrale beleid of facetbeleid heeft tot doel een actieve inbreng van gezondheidsaspecten als determinanten in de bestuurlijke beslissingen op andere gebieden dan volksgezondheid tot stand te brengen. Het streven is dat de gemeente voortdurend gezondheidsaspecten meeweegt in haar beslissingen op allerlei terreinen die direct van invloed zijn op de gezondheid van de bevolking. Te noemen zijn het welzijn, verkeer en vervoer, ruimtelijke ordening, volkshuisvesting, milieu. Belangrijk is tijdige betrokkenheid in de voorbereiding van relevante beslissingen en afstemming tussen de terreinen. Medewerkers binnen de gemeentelijke organisatie dienen gezondheidsaspecten mee te laten wegen in de beleidsontwikkeling. Daarmee komt, langs de weg van de integrale beleidsvorming,

⁶ Een zorgketen: zorg dient als een keten georganiseerd te zijn met als gevolg dat de zorg afdoende patiënt / cliënt gericht en doelmatig is. => eenduidige toegang voor de patiënt/cliënt; afstemming van de schakels in de keten; door taakdifferentiatie de kwaliteit en de doelmatigheid bevorderen; samenhang realiseren.

preventief en zorgbeleid tot stand. Daarnaast kan een gezondheidstoets of een gezondheidseffect screening op worden genomen in voortgangscntrole van beleidsimplementatie. Een voorbeeld van facetbeleid is de breedtesportimpuls.

3.4 Hoe gezond is Brummen?

Bevolkingsopbouw: vergrijzing en ontgroening

| | 2005 | | 2010 | | 2020 | | 2040 ⁷ | |
|-----------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|-------------------|------------|
| Bevolkingsgroep | | % | | % | | % | | % |
| 0 - 14 | 3.982 | 18,6 | 3.625 | 17,0 | 3.146 | 14,7 | 3.465 | 16,9 |
| 15 - 24 | 2.258 | 10,6 | 2.448 | 11,5 | 2.436 | 11,4 | 2.108 | 10,3 |
| 25 - 39 | 3.840 | 18,0 | 3.080 | 14,5 | 3.210 | 15,1 | 2.775 | 13,6 |
| 40 - 54 | 4.885 | 22,8 | 5.082 | 24,0 | 4.266 | 20,0 | 3.962 | 19,4 |
| 55 - 64 | 3.011 | 14,0 | 3.139 | 14,8 | 3.319 | 15,6 | 2.291 | 11,2 |
| > 65 | 3.415 | 16,0 | 3.873 | 18,2 | 4.940 | 23,2 | 5.868 | 28,7 |
| totaal | 21.391 | 100 | 21.247 | 100 | 21.317 | 100 | 20.469 | 100 |

Bevolkingsprognose provincie Gelderland 2007

3.4.1 Bevolking algemeen

De levensverwachting in de GGD regio Gelre-IJssel is voor mannen 76,2 jaar en voor vrouwen 81,2 jaar. Dit is vrijwel gelijk aan het gemiddelde voor Nederland en voor Europa. De afgelopen eeuw is de levensverwachting van mensen sterk gestegen. Als gevolg van een ongezonde levensstijl zal de kwaliteit van leven kunnen verminderen. Verbetering ervan betekent dat aandacht moet worden besteed aan zaken als het terugdringen van roken, alcoholgebruik, overgewicht, depressie en diabetes. De gezondheidsverwachting van mensen wordt door de GGD met behulp van epidemiologisch onderzoek regelmatig in kaart gebracht. In 2004 is het emovo onderzoek jongeren uitgebracht. In 2005 is het ouderenonderzoek verricht. De GGD verricht momenteel het tweede emovo onderzoek jongeren en bereidt zich voor op het uitvoeren van onderzoek naar de groep volwassenen dat begin 2009 voor Brummen zal zijn afgerond.

3.4.2 De allochtone bevolkingsgroep in Brummen

Hoewel de allochtone bevolkingsgroep in Brummen klein is, is in de afgelopen vier jaar, als gevolg van de huisvestingstaakstelling statushouders en personen die vallen onder de pardonregeling, de groep toegenomen met een kleine 200 personen. Een groot deel daarvan zijn kinderen. Vanuit het perspectief van gezondheid verdient deze groep extra aandacht, velen hebben een zeer moeilijke tijd achter de rug en zijn kwetsbaar.

3.4.3 Gezondheidsbeïnvloedende ontwikkelingen

Welzijn in aansluiting op gezondheidsbeleid

Welzijnsbeleid kan niet worden gedefinieerd als gezondheidsbeleid. Wel zien we dat diverse activiteiten die door de Stichting Welzijn Brummen worden uitgevoerd in positieve zin een preventieve werking kunnen hebben op de gezondheid(sbeleving) van de burger. Het is om die reden dat hier wordt verwezen naar het meest recente jaarverslag van de SWB.⁸ De volgende onderdelen zijn voor deze nota relevant:

Sociale veiligheid en leefbaarheid (pagina 21);

Opvoedingsondersteuning / Home start (pagina 30);

Het Wmo loket Wegwijs, voor informatie op gezondheidsgebied (pagina 37);

Ouderenadviseur (pagina 47)

Algemeen Maatschappelijk Werk (pagina 59)

Dagverzorging (pagina 65)

Maaltijddienst (pagina 68)

Sociale activering in relatie tot sociaal isolement, waaronder huisbezoek

Ontgroening en vergrijzing

⁷ Niet helder is of bij de berekening van de bevolkingsprognose de toename van nieuw te bouwen woningen is opgenomen.

⁸ SWB, Jaarrapport 2007, mei 2008.

Bovenstaande bevolkingstabel geeft een indruk van de te verwachten demografische ontwikkelingen. Een uiteindelijke afname van de bevolking als geheel, waarbinnen een onevenredige toename van het aantal ouderen en afname van het aantal jongeren. Dit levert druk op de voorzieningen op en wijzigingen in de aard van het aanbod, de draaglast van voorzieningen kan groter worden dan de draagkracht. Tijdig de voorzieningenstructuur verbeteren en meer preventieve acties ondernemen maakt dat de gemeente haar verantwoordelijkheid kan dragen. Zie ook hoofdstuk 4.3.4.

Verschuiving van verantwoordelijkheden preventie gezondheid

Gewijzigde wetgeving heeft ertoe geleid dat preventieve interventies veel meer dan in het verleden op verschillende plaatsen aangeboden of uitgevoerd dienen te worden. Te denken valt aan de recentelijk ingevoerde ondersteuning van huisartsenpraktijken, voorzieningen die op de werkplek zijn ingevoerd (rookverbod etc) en in het onderwijs. Met andere woorden er vindt een verschuiving plaats van verantwoordelijkheden waar ook de gemeente meer dan voorheen mee te maken krijgt en een taak heeft. Globaal genomen is de toegang tot de zorg ingedeeld in twee stromen. Een centrale rol ligt bij de eerste lijn. Via de huisarts (individu en vraaggericht en bekostigd door de zorgverzekering) betreden burgers de wereld van de zorg. De tweede route die daar gedeeltelijk op aansluit loopt via de indicatiestelling (individueel) langs gemeentelijke weg, bekostigd door gemeente (wcpv en wmo gelden) en de collectieve preventieve voorzieningen. Aansluiting tussen de twee stromen lijkt evident voor een verbeterd effect in organisatie en werking van de gezondheidszorg. Wij komen hierop terug in hoofdstuk 4, beleidsspeerpunten.

Voorstel 3:

De gemeente neemt initiatieven om ten aanzien van zorgbeleid, preventiebeleid en uitvoering aansluiting te vinden bij de eerste lijnsvoorzieningen (huisartsen e.a.), zodat een getotaliseerde meerwaarde voor de burger op termijn kan worden waargenomen.⁹

3.4.4. Sociaal isolement

Iemand wordt als sociaal geïsoleerd beschouwd, wanneer een onaanvaardbare of ongewenste discrepantie bestaat tussen de kwaliteit en de omvang van het sociale netwerk en datgene wat het individu voor zichzelf noodzakelijk acht voor een goed sociaal functioneren. In de praktijk betekent dit dat ongeveer 30% van de bevolking het risico loopt om in een sociaal isolement terecht te komen vanwege eenzaamheidsgevoelens of een klein netwerk en dat op dit moment al 6% in een sociaal isolement verkeert.

Het ontvangen van meer emotionele steun hangt samen met een kleinere kans op lichamelijk disfunctioneren. De steun van sociale relaties kan leiden tot een betere psychische gezondheid omdat men zich meer gewaardeerd voelt en meer hulp beschikbaar is in geval van nood. Weinig steun daarentegen kan leiden tot het ontstaan van een depressie, burn-out en verhoging van het ziekteverzuim.¹⁰

Voorstel 4:

In aansluiting op voorstel 1 neemt de gemeente het initiatief om uitvoerende instanties te stimuleren het risico van sociaal isolement te signaleren, zodat ondersteuning kan worden geboden.

3.4.5. Medische milieukunde

Omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op de gezondheid worden in Brummen nauwlettend bewaakt.

1. Het Besluit luchtkwaliteit (grenswaarden, normwaarden) buiten;
2. Idem binnen;
3. Regelgeving rondom UMTS (en de uitgangspunten van het ministerie van VROM);
4. Veiligheidsnormen bij het vrijkomen van giftige dampen (Bouwbesluit handhaven) wil niet per definitie zeggen dat de kwaliteit ook goed is;
5. Geluidshinder;
6. Watercontroles; legionella (vrijwillige deelname aan onderzoek, op verzoek van het ministerie)

⁹ Eerste lijn: huisartsen, bedrijfsartsen, paramedici (i.e. fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten), verloskundigen, psychologen, apothekers, tandartsen, mondhygiënisten, tand-prothetici, verpleegkundig specialisten, thuiszorgmedewerkers, maatschappelijk werkers, praktijkondersteuners en mantelzorgers.

¹⁰ GGD Gelre IJssel, Gezondheid, werk in uitvoering 2007 – 2010 (2006).

1 Besluit Luchtkwaliteit

De gevolgen van luchtverontreiniging kunnen zijn schade aan de gezondheid van mensen en dieren, en schade aan planten en gebouwen. Stikstof (NO₂) en Fijnstof (PM₁₀) veroorzaken gezondheidsklachten en versterken hooikoorts, allergische en astmatische problemen. Benzeen is tevens kankerwekkend.

De luchtkwaliteit in de gemeente Brummen is beschreven en berekend voor het jaar 2006. Uit de rapportage blijkt dat de gemeente aan de wettelijke luchtkwaliteitsnormen in het Besluit luchtkwaliteit voor stikstofdioxide (NO₂), benzeen (C₆H₆) en koolmonoxide (CO) voldoet. Ook voor fijn stof (PM₁₀) is uit de berekeningen gebleken dat wordt voldaan aan de wettelijke luchtkwaliteitsnormen. De concentraties van zwaveldioxide (SO₂) en lood (Pb) komen aan de orde in de provinciale rapportage.

2 Binnenmilieu

Bij het verlenen van bouwvergunningen en bij het realiseren van gebouwen kunnen gemeenten specifieke aandacht schenken aan onderdelen die voor de gezondheid van belang zijn. Wettelijke normen zoals onder andere in het Bouwbesluit staan beschreven, regelen veelal een minimaal beschermingsniveau. Deze normen gaan onder meer over de geluidwering van gevels, ventilatiecapaciteit equivalent daglichtoppervlak.

3 UMTS

De gemeente Brummen heeft UMTS ondergebracht in het Antennebeleid van de gemeente Brummen. In dit beleid staan voorwaarden beschreven voor de plaatsing van antennes.

4 Externe Veiligheid

Bepaalde maatschappelijke activiteiten brengen risico's op zware ongevallen met mogelijk grote gevolgen voor de omgeving met zich mee. Externe veiligheid richt zich op het beheersen van deze risico's. Het gaat daarbij om de productie, opslag en gebruik van gevaarlijke stoffen (bijv. Vuurwerk, LPG en munitie) en het transport van gevaarlijke stoffen over weg, water en spoor en door buisleidingen. Dergelijke activiteiten leggen beperkingen op aan de omgeving, doordat veiligheidsafstanden tussen risicovolle activiteiten en bijvoorbeeld woningen nodig zijn. Aan de andere kant is het rijksbeleid er op gericht de schaarse ruimte zo efficiënt mogelijk te benutten. Het ruimtelijk beleid en het externe veiligheidsbeleid zijn binnen de gemeente Brummen op elkaar afgestemd.

5 Geluid

De gemeente Brummen heeft geluidbeleid ontwikkeld om een goede balans tussen geluid(ruimte) en stilte te vinden, en daarmee richting te geven aan bestemmingsplannen, vergunningverlening e.d.. De Rijksoverheid treedt steeds verder terug om meer decentraal geluidszaken te laten regelen. De gemeente Brummen grijpt deze kans om stilte te beschermen waar mogelijk en geluidruimte te bieden waar nodig.

6 Legionella

Het betreft onder meer watercontroles bij woningen, gebouwen, openbare gebouwen, openbare ruimte, waterkunstwerken etc.

Koeltoreninventarisatie bij gemeenten

Minister Cramer van VROM heeft de Tweede Kamer een voorstel gedaan voor de registratie van en het toezicht op natte koeltorens, met het oog op de bescherming tegen legionella-infecties. Gebleken is dat met enkel de arbo-wetgeving de veiligheid in de omgeving van een natte koeltoren onvoldoende gewaarborgd is. In lijn met het kabinetsbesluit is er niet voor gekozen om aanvullende of nieuwe wetgeving te ontwikkelen, maar wordt aansluiting gezocht bij de bestaande regelgeving. Naast de werknemers van bedrijven met natte koeltorens (die worden beschermd door de arbo-wetgeving) zal de omgeving beschermd worden doormiddel van de Wet milieubeheer (Wm).

Via het bedrijvenbestand van de Wm-bedrijven zou een inventarisatie uitgevoerd kunnen worden naar natte koeltorens. Uit deze eerste inventarisatie is een tweetal bedrijven gebleken met natte-koeltorens. Uit de selectie zal een lijst met bedrijven geïnventariseerd worden die een brief krijgen met de vraag of koeltorens aanwezig zijn. Hierbij heeft de GGD Gelre-IJssel een format en extra informatie gestuurd die is ontwikkeld door het RIVM.

4. Beleidsspeerpunten

4.1 Inleiding

De GGD heeft een belangrijke rol in het doen van epidemiologisch onderzoek. Dat is het onderzoeken van de oorzaak van ziekteverschijnselen onder de bevolking en de verbreiding ervan. Dat onderzoek is nodig om de volksgezondheid in preventieve zin te kunnen bewaken en waar nodig initiatieven te ontwikkelen ter verbetering. Met dat onderzoek worden de basistaken van de GGD ondersteund en kan het aanvullend lokaal gezondheidbeleid zich baseren op actuele bevolkingsgegevens die verder reiken dan deze basistaken.

De rol van de gemeente ten aanzien van volksgezondheid varieert als gevolg van beleidsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen van directe invloed en sturing tot een meer regisserende rol ten behoeve van het bijeenbrengen van partijen en goede afstemming.

Op basis van de bestaande wettelijke kaders, onderzoek, de landelijke ontwikkelingen en de evaluatiegegevens kiest de gemeente de komende 4 jaar voor een aantal speerpunten. Sommigen daarvan bevinden zich op de grens van preventieve naar zorgtaken. Zo zijn, in aansluiting op het vorige hoofdstuk initiatieven ter verduidelijking van de verschuiving van verantwoordelijkheden te noemen. Daarnaast blijkt een aantal beleidsaanbevelingen op basis van de eerste nota gezondheidbeleid relevant.

Vanwege de hoge mate van integrale beeldvorming zullen de speerpunten niet worden ingedeeld naar de drie vormen preventief beleid, zorgbeleid en facetbeleid. Wel zal een indeling naar landelijke en lokale speerpunten worden gemaakt. We kunnen onderscheiden:

- Speerpunten die aansluiten bij de landelijke nota “kiezen voor gezond leven”¹¹ Deze speerpunten zijn gerelateerd aan het individu, maar worden collectief ingezet. De analyse van de landelijke gezondheidsproblemen geldt ook voor de bevolking van Brummen.
- De lokale speerpunten hebben betrekking op voorwaarden voor goede zorg, het beter bereikbaar zijn van voorzieningen en bijdragen aan de realisering van een keten van zorg.
- Ook de thema's uit de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid komen opnieuw aan de orde.

4.2 Landelijke en regionale speerpunten op lokaal niveau

De landelijk benoemde speerpunten in de nota “Kiezen voor Gezond Leven” zijn:

Roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie.

Kijken we naar de uitkomsten van het Emovo jongerenonderzoek 2003, dan heeft van de 249 onderzochte jongeren in Brummen 17 % overgewicht, 17 % rookt, 46 % drinkt en 19 % heeft psychische problemen.¹² Voor de overige gemeenten in de Stedendriehoek komen gelijksoortige percentages naar voren. Deze conclusies hebben ertoe geleid dat inmiddels in de Stedendriehoek een groot alcoholmatigingproject in gang is gezet. Samenwerking vindt plaats met Tactus (instelling voor verslavingszorg), politie en Halt, het openbaar ministerie, de GGD en de samenwerkende gemeenten. In de bijlage treft u een persbericht over de uitkomsten uit het emovo onderzoek 2003. Veel gezondheidsbeïnvloedend gedrag wordt op jonge leeftijd aangeleerd of aangewend. Op oudere leeftijd is het moeilijk gedrag te veranderen. Het aanleren van gezond gedrag begint daarom bij voorkeur zo jong mogelijk. Conclusie en aanbeveling Emovo 2007; De meeste gezondheidswinst kan worden behaald door in te zetten op alcoholgebruik, rookgedrag, overgewicht (in combinatie met gezonde voeding en meer bewegen) en depressie.

In de nota, “Gezondheid, Werk in Uitvoering, van de GGD Gelre – IJssel, die is opgesteld samen met de regiogemeenten, wordt daarom bij de landelijke speerpunten aangesloten¹³.

Voorstel 5:

De gemeente Brummen kiest voor de komende jaren het verbeteren van de psycho – sociale gezondheid, in het bijzonder alcoholmatiging, gezonde leefstijl en het terugdringen van sociaal isolement.

¹¹ Kiezen voor gezond leven, VWS oktober 2006.

¹² Op dit moment is het tweede Emovo onderzoek in uitvoering. Aan de hand van de nieuwe resultaten zullen de percentages kunnen leiden tot ijkpunten voor beleidsbepaling in de komende jaren.

¹³ Gezondheid, werk in uitvoering 2007 – 2010, GGD Gelre IJssel.

4.2.1 Alcoholmatiging¹⁴

Het is wetenschappelijk bewezen dat je hersenbeschadiging oploopt als je te veel, te vaak en te jong drinkt. Verantwoord alcoholgebruik kent weinig bezwaar. Buitensporig gebruik op jonge leeftijd betekent kans op hersenschade, vernielingen op straat, agressie, ongelukken in het verkeer en op verslaving. Nederland behoort tot de top van Europa waar dit het gebruik van alcohol door jongeren betreft. De Nederlandse jongere begint steeds vroeger met drinken. Alcoholgebruik is een onderdeel van de hedendaagse jeugdcultuur en doet zich ook voor in plattelandsgebieden.

Alcoholmatigingsbeleid moet zich richten op de leefgebieden waar jongeren te vinden zijn: thuis, onderwijs en vrije tijd. Van een combinatie van deze activiteiten gericht op leefgebieden mag meer effect worden verwacht. Verschillende beleidsinstrumenten worden tegelijkertijd ingezet (voorlichting, wetgeving, zelfregulering door de branche, hulpverlening en accijnsheffing. Een nauwe samenwerking met lokale en regionale partners (ouders, scholen, winkeliers, horeca, sportverenigingen, jeugd en jongerenwerk, GGD, politie en Tactus) is daarom vereist.

De gemeenten in de Stedendriehoek, waaronder Brummen wil dit jongeren veilig en gezond opgroeien en hebben samen met partijen een plan gemaakt om het overmatig alcoholgebruik tegen te gaan en negatieve effecten ervan te niet te doen. Dit grote doel is in kleinere stappen opgedeeld: eerst bereiken dat jongeren NIET nóg jonger, nóg meer, nóg vaker gaan drinken. Eerst bereiken dat een groot gedeelte van de ouders over het drankgebruik van hun kind gaat nadenken, en zien wat zij kunnen doen. Dat alle partijen aan de slag gaan met alcoholmatiging. Middels diverse acties en activiteiten stapsgewijs werken naar dit grote doel, de trend doorbreken dat jongeren steeds jonger, vaker en meer alcohol drinken. De projecten in de Stedendriehoek richten zich op de jongeren tussen de 10 en de 23 jaar, met accent op de leeftijd tussen 10 en 18 jaar. De projecten richten zich ook op de ouders van deze jongeren en intermediaire doelgroepen (volwassenen die werken met jongeren). Financiering van de kosten: bijna 40% door Tactus en GGD, 30% door de provincie en 30% door gezamenlijke gemeenten. Meer specifiek geldt dat in Brummen de Brede doeluitering Jeugdgezondheidszorg daarvoor wordt aangewend.

4.2.2 Bevorderen van een gezonde leefstijl

Veel Nederlanders hebben overgewicht. Dit wordt veroorzaakt door zowel teveel ongezonde voeding alsook te weinig beweging. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat 40 % van de volwassenen onvoldoende beweegt. Onder kinderen en jongeren is dit percentage nog hoger. Behalve dat er voorlichting gegeven moet worden over de noodzaak van bewegen en dat mensen gestimuleerd moeten worden, is het ook van belang dat de omgeving aan een aantal randvoorwaarden voldoet en uitnodigt tot bewegen. Te noemen zijn fietspaden, voldoende speelvoorzieningen en een sociaal veilige omgeving. De gemeente komt mensen met een lage sociaal economische status tegemoet door lidmaatschap van een sportclub te subsidiëren. Gericht op het voorkómen van overgewicht is het landelijk signaleringsprotocol zowel bij Vèrian (consultatiebureau) als de GGD (preventief gezondheidsonderzoek op de basisschool) geïmplementeerd. Naast deze reguliere aandacht via het basistakenpakket worden maatwerkprojecten ontwikkeld en uitgevoerd, zoals methode Hap en Stap, op de basisschool.

Andere projecten die in uitvoering zijn:

- BreedteSportImpuls: deze wordt in het voorjaar van 2009 geëvalueerd. De (uitkomsten van de) evaluatie van het project BreedteSportImpuls word(t)en gebruikt voor het ontwikkelen/uitvoeren van gemeentelijke sportbeleid vanaf 2010. Voor 2009 zal het project BreedteSportImpuls worden voortgezet, zonder de specifieke sub-projecten BALM en BIOS.
- BALM project: Het project Brummens Actief Leven Model is erop gericht om oudere inwoners (55+) actief te laten bewegen. Het project wordt uitgevoerd in het kader van de BreedteSportImpuls en wordt eveneens begin 2009 geëvalueerd.
- BIOS project. Dit project is erop gericht om het bewegingsonderwijs aan kinderen op de basisscholen een nieuwe impuls te geven, waardoor de kinderen weer enthousiast worden voor sportbeoefening buiten schooltijd. Ook dit project maakt deel uit van de totale evaluatie van de BreedteSportImpuls.

¹⁴ Plan van aanpak "Alcoholmatiging onder jongeren in de Stedendriehoek 2007 – 2010", september 2007, GGD Gelre – IJssel.

4.2.3 Terugdringen van psychische problemen (depressie en eenzaamheidsproblemen)

Depressie is een thema dat steeds meer aandacht krijgt in de gezondheidszorg. Ook in het gezondheidsbeleid wordt hier meer aandacht aan besteed. Een depressie is een stemmingsstoornis waarbij iemand een bijna dagelijks groot gevoel van neerslachtigheid heeft, bijna geen energie heeft of belangstelling voor wat dan ook. Deze periode houdt minimaal 2 weken aan. Een belangrijke oorzaak van depressie is eenzaamheid. De wet maatschappelijke ondersteuning besteedt extra aandacht aan deelname aan de samenleving. Participatie kan het gevoel van eenzaamheid verminderen. Het verdient aanbeveling om chronisch zieken, mensen met een beperking en ouderen die zich in een isolement bevinden en van doen hebben met een onderbenutting van hun capaciteiten vanuit zorg, het welzijn en cultuur te stimuleren en te ondersteunen.

Ook onder jongeren wordt de meeste gezondheidsproblematiek veroorzaakt door psychische problemen. Zo heeft 13% van de jongeren te maken met depressieve gevoelens (EMOVO 2007). Ook e-MOVO 2003 gaf in het jeugdbeleid aanleiding tot acties om deze problematiek terug te dringen en te voorkomen. De acties waren met name op leeftijdsgroep tot 12 jaar gericht. In het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) bij basisschoolleerlingen van groep 4 wordt hoofdzakelijk aandacht besteed aan het welbevinden op school en thuis. Een kwart van de kinderen krijgen adviezen over zaken als pesten, weinig zelfvertrouwen en sociale contacten. Ook is een project sociale vaardigheden gestart. Scheiding is een onderwerp waar veel kinderen mee zitten; sinds kort onderwerp van provinciaal beleid. Bezien of dit in jeugdbeleid voor de toekomst wordt opgenomen. Op advies van professionals is een project preventie angststoornissen ontwikkeld. De ervaring is dat bepaalde angststoornissen zich kunnen ontwikkelen tot ernstige stoornissen. Dit project is ontwikkeld om in een vroeg stadium de doelgroep te bereiken. Dit is nog niet gelukt. Nader onderzoek is nodig om het product te kunnen aanpassen zodat de doelgroep wel wordt bereikt. (bron jong in kleurrijk Brummen, de resultaten)

Bij de nieuwe maatwerkafspraken jeugdgezondheidszorg en of via nieuw jeugdbeleid mogelijkheden bezien om de jeugd van 12 jaar en ouder te bereiken.

4.2.4 De Sociale Pijler van de Stedendriehoek gemeenten

De gemeenten in de regio Stedendriehoek werken nauw samen om gemeenteverstijgende probleemvelden met succes te tackelen. In dit verband is het vermeldenswaard dat in maart 2008 het programma brede sociale structuur is geformuleerd. Doel van het programma grenst aan de doelstellingen van het preventieve volksgezondheidsbeleid. Het programma wil de sociale kwaliteit van leven verbeteren door: de sociale veiligheid te vergroten; jongeren leren om zelfstandig te functioneren; bijdragen aan het zo volwaardig mogelijk functioneren in de samenleving, met het accent op de verbetering van de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven,.

De beoogde effecten: optimalisering van de veiligheidsbeleving; grotere sociale controle en sociale cohesie in de buurt; vroegsignalering van problemen bij jongeren; kwetsbare groepen de mogelijkheid bieden toch deel te nemen aan de samenleving.

Zo wordt op dit moment de mogelijkheid tot opvang voor en begeleiding van ex gedetineerden en veelplegers ontwikkeld. Brummen neemt actief deel aan dit initiatief.

4.3 Lokale speerpunten van beleid

4.3.1 Een dynamische eerste lijnszorg

De eerstelijnszorg is de ruggengraat van de gezondheidszorg. Ze loopt van perinatale zorg en preventie tot ouderenzorg en palliatieve zorg. Het gaat om lichamelijke en psychische gezondheid van mensen en sociaal welbevinden. De gemeente zoekt contact met de huisartsen om in beeld te krijgen op welke wijze, vanuit ieders verantwoordelijkheid, samenwerking voor beide partijen verbetering van de situatie voor de burger in Brummen op kan leveren. Constructieve samenwerking kan wellicht het verwacht tekort aan huisartsen op de middellange termijn enigszins ontlasten en de zorg voor de burger verbeteren.

Thema en achtergrond¹⁵

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) biedt huisartsen een kader waarbinnen zij de zorg en ondersteuning aan burgers/patiënten kunnen verbeteren. Huisartsen kunnen hun rol als regisseur meer inhoud geven op de vier domeinen die de kwaliteit van leven in de thuissituatie versterken:

- de lichamelijke gezondheid
- een eigen woon- en leefomgeving
- sociale redzaamheid
- geestelijk welzijn

Belang en rol huisarts

De wijze waarop huisartsen - juist bij een buurtgerichte aanpak van eerstelijnszorg - hierin kunnen participeren is:

- zorgen voor de lichamelijke gezondheid van de burgers/patiënten;
- signaleren van benodigde zorg en ondersteuning;
- het verstrekken van (indicatie) informatie voor benodigde zorg en ondersteuning;
- het fungeren als gesprekspartner voor/participant in lokale WMO adviesraad voor de totstandkoming van het gemeentelijk Wmo-beleid en voor de uitvoering van integrale zorg op de vier domeinen van zorg, wonen en sociaal en geestelijk welzijn
- het fungeren als hoofdbehandelaar in complexe situaties waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn;
- signaleren en stimuleren van lokale vormen van zorg en welzijn die een positief effect hebben op de gezondheidstoestand van de bewoners van de wijk/deelgebied (jeugdzorg, gespreksgroepen, voorlichting, woonvormen, wijkbudgetten, mantelzorg, etc.);
- stimuleren van lokale preventieve activiteiten.

Zo biedt de WMO huisartsen de kans hun rol te herdefiniëren als spin in het web en hun werkzaamheden in een nieuw perspectief te plaatsen, meer integrale zorg te bieden en de werksatisfactie te verhogen. De band met burgers/patiënten kan aangehaald worden en de strategische positie ten opzichte van zorgverzekeraars kan erdoor worden versterkt. Voorwaarden zijn wel dat de uitvoering laagdrempelig en kleinschalig plaatsvindt om de menselijke maat niet te verliezen en dat arbeid op uurtarief wordt vergoed.

Huisartsen zijn goed op de hoogte van de cure en care noden van hun patiënten en van die van de lokale populatie. Daarnaast zijn huisartsen actief in het kader van de preventie, kent de huisarts de sociale samenhang van de wijk en leefbaarheid ervan. De centrale positie van de huisarts maakt dat de huisarts bij uitstek een belangrijke signalerende taak kan vervullen. Een dergelijke signalerende functie dient vervolg gegeven te worden in beleids- dan wel uitgevoerde activiteiten.

Inbreng van de huisarts(praktijk) van gesignaleerde problemen en adviezen in expertgroepen, Wmo-adviesraad van bij de zorg en ondersteuning betrokken actoren (zoals woningcorporaties, wijkagenten, stedelijk beheer, zorgaanbieders, cliëntenraden, welzijnswerk en scholen) die dat beleid mede bepalen en/of uitvoeren is van groot belang. Huisartsen kunnen zo laten zien wat zij in het kader van de Wmo voor de gemeenschap en de gemeenten kunnen betekenen en dat zij inhoudelijk betrokken en met kennis van zaken medeverantwoordelijk willen zijn. Dit betekent dat zij hierbij maat en professionele distantie dienen te houden, ook bij politiek engagement. De signalerende functie betreft vooral de op basis van huisartsgeneeskundig inzicht gesignaleerde problemen.

Knelpunten

De huisarts beschikt over veel betrouwbare informatie, die anderen met moeite en tegen forse kosten of helemaal niet boven water krijgen. Het is belangrijk dat de gemeente hier in het belang van de zorg en ondersteuning voor burgers gebruik van maakt. De indicatie in het kader van de AWBZ geschiedt nu door het CIZ. De opsplitsing van de indicatiestelling in Wmo deel en Awbz deel betekent dat tot op

¹⁵ Deze passage is overgenomen van de site LHV, landelijke huisartsenvereniging en door steller toegesneden op de in Brummen relevante thema's.

heden de afstemming in voorzieningen voor de burger nog niet altijd optimaal verloopt. Daarnaast wordt als kwetsbaar punt maatwerk op zorgbehoefte genoemd, als gevolg van centrale indicatieregels van bovenaf.

Oplossingsrichtingen

De Wmo biedt kansen de indicatiestelling te vereenvoudigen en meer te baseren op vertrouwen en controle achteraf. Huisartsen en eerstelijns verpleegkundigen kunnen meestal eenvoudig en zonder dure overhead (telefonisch of schriftelijk) de aanvraag doen en de informatie bieden nodig voor toekennen van zorg op maat. Mits de organisatie van de vervolgactiviteiten (toekenning en verstrekking) eveneens snel en efficiënt verloopt en terugkoppeling plaatsvindt.

Samenvattend

De komst van de Wmo biedt ook de huisarts een uitgelezen kans om de dienstverlening aan burgers/patiënten te verbeteren. Verschillende hobbels bij het organiseren van verdergaande vormen van samenwerking, zoals de verschillende wettelijke kaders, verschillende financierings- en verantwoordingswijzen en verschillende wijzen van aansturing worden met de komst van de Wmo weggenomen. Ketensamenwerking kan hierdoor beter van de grond komen. De huisarts kan, gefaciliteerd door de gemeente, een belangrijke rol spelen in die ketensamenwerking door participatie in bijvoorbeeld:

- bijdragen aan een verbeterde visie in het kader van de Wmo;
- de organisatie en inbreng van Wmo – adviesraad of wijkraden;
- bijdragen aan de verbetering van de één-loket-functie;
het bundelen van kennis die op verschillende plekken beschikbaar is;
- de opzet van de indicatiestelling en de intake daarvan;
- het binnenhalen van buurtbudgetten ter bevordering van de sociale samenhang;
- complexe situaties met meerdere hulpverleners.

Voorstel 6:

De gemeente zet zich in om vanuit haar gemeentelijke taken en verantwoordelijkheden, bij te dragen aan een geïntegreerde benadering van de gehele zorg, opdat complexe vragen van burgers die bij de eerste lijn binnenkomen, beter kunnen worden opgelost¹⁶ De uitgebreide passage die hierboven is opgenomen zal met de huisartsen worden doorgenomen op haalbare actiepunten.

Voorzieningen om de zorgvragen van burgers beter te kunnen beantwoorden

De gemeente onderzoekt momenteel de mogelijkheid om in de kern Eerbeek en de kern Brummen een gezondheidscentrum te realiseren.

4.3.2 Acute zorg en ondersteuning

De spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg levert problemen op in de kern Eerbeek. Dit probleem doet zich ook elders in het land voor.¹⁷ Op 5 juni jl. is bekend geworden dat in de Provincie Gelderland 5 extra ambulances zullen worden ingezet. In hoeverre dit vanuit de huidige regionale opzet ambulancezorg verbetering van de aanrijtijden oplevert, is nog even afwachten. Acute zorg kan overigens ook door telefonische bereikbaarheid verbeterd worden.¹⁸

Van de zijde van de huisartsen wordt het nodige ondernomen om het probleem te ondervangen.

¹⁶ Voorbeeld complexe zorgvraag: Een vrouw van 70 komt met haar kleinkind bij de huisarts. Het kind van 10 woont bij haar oma omdat de moeder van het kind in een psychiatrische kliniek verblijft en de vader al sinds de geboorte uit beeld is. De vrouw zegt dat het haar allemaal zwaar valt en vraagt of ze aanspraak kan maken op huishoudelijke verzorging. Ze heeft diabetes, is veel moe en 20 kilo aangekomen. Ze vraagt zich af of de bloedwaarden nog goed zijn. Met haar kleinkind gaat het ook niet goed. Het kind wordt gepest en haar prestaties lijden eronder. De vrouw heeft moeite om het kind te (onder)steunen en het huiswerk is soms voor haar te ingewikkeld om het kind te helpen. Het meisje is vaak teruggetrokken en heeft geen vriendjes. De vrouw vraagt de huisarts om hulp.

¹⁷ Verwacht wordt dat de minister in juli 2008 met een reactie komt op onderzoek naar rijtijden dat momenteel door het RIVM wordt uitgevoerd.

¹⁸ Een acute zorgvraag is een gevolg van een acute behoefte aan zorg van een patiënt. De inschatting van de acutheid vindt door de patiënt plaats en kan verschillen van de medische inschatting. Dat heeft consequenties voor de soort hulp die geboden moet worden. Een relatie met de 24 uren bereikbaarheid. Zie ook: CVZ, Gezamenlijk bouwen aan meer samenhang in de acute zorgketen, juli 2005.

Van de zijde van de zorg en welzijnsinstellingen is een uitdrukkelijke wens om vormen van acute zorg in samenwerking te kunnen leveren.

De huisartsen zijn doende om eenduidig te triëren.¹⁹ Er zijn nu twee huisartsenposten in het gebied, die elk een auto beschikbaar stellen. Bovendien verplaatst een huisartsenpost zich naar het Lucasziekenhuis, hetgeen voor Eerbeek een verkorting van de reistijd oplevert. In ad hoc situaties valt 112 terug op de lokale huisarts, maar dat komt sporadisch voor. Ambulancepersoneel herkent nu infarctpatiënten (traumazorg en acute hulp verbeteren).

4.3.3. Jeugd

Dé beleidsprioriteit voor de komende jaren zal het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) zijn. Het plan is dat het centrum, waarbinnen de integrale jeugd gezondheidszorg (JGZ) een belangrijke partner is, uiterlijk in 2011 in gebruik wordt genomen.²⁰

Essentiële elementen (basismodel CJG)

- a. Jeugdgezondheidszorg (GGD en consultatiebureau V érian)
- b. Wmo-functies : (informatie en advies; signalering; toeleiding naar hulp; licht pedagogische hulp; coördinatie van zorg; alsook gezinscoaching en opvoedondersteuning)
- c. Schakel met Bureau jeugdzorg
- d. Schakel Zorg- en Adviesteams

Het concept voor dit centrum wordt regionaal in Stedendriehoek verband ontwikkeld in aansluiting op de Apeldoornse pilot Jeugdgezondheidszorg onder één Dak (JOED).²¹

Het CJG is primair een voor alle burgers herkenbare en gekende eerstelijns-voorziening op het terrein van opvoeden en opgroeien die als frontoffice dient (fysiek loket). Deze voorziening is een vanzelfsprekend adres voor alle ouders en kinderen bij opgroei- en opvoedingsvragen.

Het CJG draagt er zorg voor dat zo snel en zo vroeg mogelijk informatie, advies en de juiste (individuele en groepsgerichte) hulp wordt geboden. Op elke vraag en voor elk probleem heeft het CJG een passend aanbod en indien nodig een snelle doorgeleiding naar de juiste gespecialiseerde hulp. Het CJG is zo georganiseerd dat voor één kind (of gezin), één plan van aanpak volstaat. Om die taak te kunnen uitoefenen is het CJG dus vooral een achterliggend netwerk van organisaties binnen de zorgstructuur. Het CJG ondersteunt en stuurt een sluitend en geïntegreerd hulpaanbod aan. Kernfuncties; signalering, toeleiding, coördinatie van zorg.

Subdoelen voor de werkwijze van het CJG zijn:

- Vraaggerichter aanpak van de JGZ, meer maatwerk;
- Een bundeling van taken op het gebied van jeugd en opvoeden (opvoedingsondersteuning, jeugdgezondheidszorg);
- Laagdrempelige voorziening voor ouders, kinderen/jongeren en professionals kunnen snel, makkelijk en vanzelfsprekend terecht bij het CJG met vragen rondom opvoeden en opgroeien;
- Informatie uitwisseling JGZ en overig binnen het netwerk door middel van de Verwijsindex;
- Realiseren en toepassen van de digitale sociale kaart, onderdeel jeugd (die in ontwikkeling is)²²
- Digitalisering van registraties (GGD en V érian) het te ontwikkelen Elektronisch Kinddossier voor 0 – 19 jarigen;
- Verbinding van het CJG in het lokale zorgnetwerk;

¹⁹ triëren = selectie en rangschikking, bv. van slachtoffers bij een ramp of in de oorlog naar de aard en ernst van hun verwondingen, van patiënten die een huisartsenpost bellen naar de ernst van hun klachten.

²⁰ De wet op de jeugdzorg heeft nu 2 domeinen, rijk en provincie. Daaraan wordt een derde domein toegevoegd waarin de verantwoordelijkheden van de gemeenten op het terrein van de lokale jeugdzorg worden verankerd. Door het verankeren van de inrichtingsplicht voor de CJG's in de wet op de jeugdzorg wordt een verbinding gelegd met de taken die de gemeenten reeds zijn opgedragen in het kader van de Wcpv en de Wmo. De taken op grond van de Wcpv en de Wmo blijven zo verder ongewijzigd.

²¹ Zie ook: gemeente Brummen, Jong in kleurrijk Brummen, de resultaten, 2007, pagina 11.

²² Ten behoeve van de uitvoering Wmo wordt momenteel gewerkt aan een wmo proof digitale sociale kaart, waar deze jeugdversie in zal worden opgenomen. Subsidie voor ontwikkeling in Stedendriehoek verband is begin 2008 aangevraagd bij de provincie Gelderland en verkregen.

Voorstel 7:

Het lokale zorgnetwerk wordt reeds enige jaren gecoördineerd door een GGD / JGZ medewerker. Het lokale zorgnetwerk van nu zal worden omgebouwd tot een Zorg AdviesTeam. Doel hiervan is hiervan is de schakel van het lokale zorgnetwerk met Bureau Jeugdzorg en de zorgstructuur rondom het onderwijs te versterken. Voor de toekomst is een snelle en directe aansluiting van het CJG op de lokale zorgstructuur voorzien. dat uiteindelijk alle essentiële elementen die het centrum voor Jeugd en gezin uitmaken goed op elkaar en op de vraag zijn afgestemd.

4.3.4 Ouderen

In het GGD ouderenonderzoek (2005 / 2006) heeft van de 393 onderzochten 54% overgewicht, 15 % is diabetespatiënt, 69 % drinkt en 20 % heeft psychische problemen.

In 2010 zal het aantal ouderen in Brummen boven de 65 jaar 18 % van de bevolking uitmaken.

Wijs met Groen en Grijs

Inmiddels voert de gemeente in samenwerking met partners in zorg en welzijn twee projecten uit die de aansluiting van de onderscheiden voorzieningen op de latente en manifeste vraag van de oudere burgers verbetert. De projecten zijn mogelijk gemaakt met ondersteuning van het Ontgroening en Vergrijzings initiatief van de provincie Gelderland.²³ Momenteel wordt onderzocht of bestaande voorzieningen daadwerkelijk en op de juiste wijze worden benut. Gezien de in deze nota genoemde argumenten over ouderentoe name, jongerenafname, toenemende complexiteit van de zorgvragen, afstemmingsbehoefte tussen preventietaken, cure en care, ligt het voor de hand dat een structureel netwerk van uitvoeringsvoorzieningen tot stand wordt gebracht. Dit netwerk dient te voldoen aan een aantal randvoorwaarden die op dit moment door de uitvoerders van de ketenpartners in ontwikkeling zijn. Het netwerk dient in de komende jaren tegemoet te komen aan de hulpvragen van de gehele bevolking.

Ouderen dienen betrokken te blijven bij de samenleving, in het belang van een algeheel maatschappelijk participeren. Inzetten op het versterken van de kracht van de oudere is nodig. Daarvoor dient ook veiligheid geboden te worden. Van belang is dat wij ons richten op preventie en dat een monitoringsysteem voorkomt dat er verval in de benodigde zorg optreedt.

In dit initiatief dient ook de mantelzorg betrokken te zijn. De vierjarennota mantelzorg biedt alle gelegenheid om de aansluiting te realiseren.

De vraag van de zingeving speelt bij vele ouderen. Daar staan zij niet alleen in. Ook jongeren stellen zich die vraag. Een koppeling tussen beide groepen zal bijdragen aan de kwaliteit van leven van elk.

De gemeente wil alle ouderen boven de 75 jaar in beeld brengen en ze minimaal 1x per jaar laten bezoeken. Dit zal worden uitgevoerd door een professionele medewerker. Nagegaan zal worden hoe het ze werkelijk vergaat, of ze hun weg nog kunnen vinden, of ze ondersteuning nodig hebben. De kwaliteit van leven is de leidraad. De samenwerking met de projectgroepleden en de pilots die inmiddels in uitvoering zijn biedt uitstekende mogelijkheden om de aansluiting tussen vraag en aanbod, noodzaak en complexiteit uit te nutten.

Voorstel 8:

De gemeente zet in op het verbeteren van het voorzieningengebruik van burgers (w.o. ouderen), toegesneden op het oplossen van complexe hulpvragen, en toegesneden op het brede terrein van preventie, cure en care, toegesneden op het verbeteren van contact tussen oudere en jongere

Met de zorg en welzijnsinstellingen wordt, voortvloeiend uit het project Wijs met Grijs overleg gevoerd om een 24 uren bereikbaarheid te realiseren die de mogelijkheid biedt om de klok rond (acuu) zorg en ondersteuning te verlenen. Veel instellingen hebben reeds een deel van de benodigde zorg al geregeld. Samenwerking zou een beter effect voor allen op kunnen leveren.

²³ Zie ook masterplan "Gebiedsgerichte benadering wonen, welzijn, zorg..." vastgesteld door het college van B&W, juni 2007.

Argumenten hiervoor zijn:

- Gestaaq toenemend aantal ouderen en zorgbehoevenden (toename vergrijzing)
- Voorkomen van doorstroomproblemen van extramuraal -> intramuraal bij de zorginstelling;
- Aanrijtijden en hulpverlening verbeteren; parate 10 minutendienst
- Noodhulpverlening de klok rond op diverse zorg en welzijnsterreinen
- Opvangen en coördineren van de groeiende vraag naar de dienstverlening in de wijken;
- Het kunnen aanbieden van slaapwacht;
- De gebundelde expertises bieden de mogelijkheid om steeds vaker voorkomende complexe hulpvragen goed, snel en gestroomlijnd te kunnen oplossen.
- Afstemming tussen de eerste lijns en de tweede lijnszorg
- signaleringsfunctie

Afstemming en samenwerking met de gemeente biedt ook voor de gemeente grote voordelen. De gemeente heeft immers taken en verantwoordelijkheden in de ondersteunende en de preventieve sfeer.

Nagegaan moet nu worden wat vanuit de bestaande capaciteit bij de instellingen, door een goede onderlinge afstemming al bereikt zou kunnen worden en wat in de randvoorwaardelijke sfeer door de gemeente kan worden bijgedragen. De gemeente onderzoekt of in een vorm van co-financiering een dergelijke voorziening effectieve meerwaarde voor burgers en instellingen kan worden bereikt.

Voorstel 9:

De gemeente zal in overleg treden met de instellingen om in kaart te brengen hoe een 24 – uurs bereikbaarheidssysteem tot stand kan worden gebracht.

4.4 Facetbeleid

4.4.1 Sociale veiligheid

Sociaal veilig voelen, sociaal veilig zijn is een randvoorwaarde voor een gezond leven. In dit verband kan het project tegengaan van huiselijk geweld worden genoemd. Terwijl de VWS nota dit thema niet vermeldt, wordt vanuit de juridische insteek door het ministerie van Justitie hard gewerkt aan een nieuwe wet die het mogelijk maakt om in te grijpen waar nodig is. Uiteraard dient implementatie van deze wet gepaard te gaan met een begeleidingstraject van zorg en nazorg.

Voorstel 10:

De gemeente Brummen ontwikkelt, zodra de wet van kracht is, beleid op het thema huiselijk geweld. Daarbij zal voor de begeleiding en nazorg zoveel mogelijk op de bestaande zorgnetwerken worden aangesloten.

4.4.2 Binnenmilieu op scholen.

Volgens onderzoek voldoet in 80% van de in Nederland onderzochte lokalen het CO2 gehalte niet aan de gezondheidskundige advieswaarden. Het slechte binnenklimaat zorgt voor hoger ziekteverzuim onder leerkrachten en leerlingen. Ongeveer een kwart van het gemiddelde ziekteverzuim is gerelateerd aan het slechte binnenmilieu op scholen. Ook leerprestaties lijden onder het slechte binnenmilieu. In het stookseizoen omdat er vaak niet voldoende geventileerd kan worden en in de zomer omdat de temperatuur vaak veel te hoog is in de school. Het kabinet zet zich samen met schoolbesturen en gemeenten in voor een beter binnenmilieu op basisscholen. Verbetering is nodig, omdat kinderen immers een groot deel van de dag in school doorbrengen. Binnen 15 jaar dient elke school in Nederland te voldoen aan tenminste het kwaliteitsniveau van het Bouwbesluit Nieuwbouw. De scholen in Brummen die in het kader van het Integraal Huisvestingsplan de komende 8 jaar gebouwd worden moeten voldoen aan tenminste het kwaliteitsniveau van het Bouwbesluit Nieuwbouw. Uit praktijkervaring in den lande blijkt echter dat dit niveau op papier voldoende is, maar dat in de praktijk met die ambitie de daadwerkelijke norm niet bereikt wordt.

Voor aanvang van de nieuw te bouwen scholen zal een ambitieniveau worden vastgesteld voor de uitvoering van het binnenmilieu op de scholen. Voor de bestaande scholen die geen nieuwbouw

krijgen zal bekeken worden of het binnenmilieu aldaar daadwerkelijk een probleem is en zullen, in overleg met de schoolbesturen, zonedig maatregelen worden getroffen.

4.5 Speerpunten uit de eerste nota lokale volksgezondheid handhaven

In de bijlage bij deze nota wordt een evaluatie van de nota uit 2002 gegeven. Daaruit zijn de doelgroepen en de maatregelen hier geclusterd weergegeven. Indien de evaluatie aanleiding gaf om een speerpunt te handhaven, is dit een deze nota opgenomen.

4.5.1 Doelgroepen uit 2002

Genoemd zijn de groepen: Nieuwkomers en oudkomers, Ouderen, gehandicapten en chronisch zorgafhankelijken, Verslaafden, dak- en thuislozen, Uitkeringsgerechtigden zonder arbeidsperspectief en huishoudens in langdurige armoede en Jongeren.

Allochtonen in Brummen zijn een in potentie kwetsbare groep. Op meerdere terreinen is bekendheid met voorzieningen en dus de toegang tot en het gebruik ervan nog niet afdoende. De initiatieven voor allochtone kinderen werden uitgevoerd door de welzijnsinstelling in het project opstap en opstapje. Financiering voor dit project is stopgezet. Op dat moment werd voor het bereiken van ouder en kind gekozen voor een alternatieve benadering via het consultatiebureau voor 0 tot 4 jarigen. Voor het bereik van de allochtonen dient in de gezondheidszorg nog het nodige te worden ontwikkeld. We hebben het dan over de gehele bevolkingsgroep, van jong tot oud. Zo is, naast een insteek op 0 – 4 jaar, te denken aan het aansluiten van de voorzieningen op de vraag van de allochtone ouderen en mantelzorgers. Maar ook onder de arbeidzame bevolking zal de aansluiting moeten worden onderzocht. Voor ouderen, gehandicapten en chronisch zorgafhankelijken worden in deze nota reeds diverse voorstellen gedaan. Van belang is dat de gehele bevolking wordt bereikt.

Voorstel 11:

Breng opnieuw, vanuit de insteek van gezondheid, in beeld waar de aansluiting van deze doelgroep op de bestaande voorzieningen tekortschiet en ontwikkel een traject voor een inhaalslag

Groepen die vallen onder de prestatievelden 7,8,9 van de Wmo

De groep verslaafden, dak en thuislozen vallen voor de voorzieningen onder het beleid van de centrumgemeente Apeldoorn Het regionaal kompas is opgesteld. In dit verband is het voorstel van de Wmo adviesraad Brummen, die in de gelegenheid is gesteld om advies uit te brengen op het Apeldoornse voorstel, een zeer interessante. Onderzoek of een fysieke voorpost als linking pin tussen eerste lijnshulp en tweede lijnszorg, de inzet van deze en OGGZ voorzieningen voor de Brummense cliënten te realiseren valt. Dit idee heeft als voordeel dat hulp dicht bij huis geleverd kan worden. Bovendien sluit het aan bij de rijkswens tot verbetering van kwaliteitssamenwerking tussen eerste en tweede lijn. Brummen kan als voorbeeld dienen voor de regio.

Voorstel 12

De gemeente zal bezien of dit voorstel gedragen wordt door de betrokken instellingen en zo ja, zich inzetten om dit onderzoek tot stand te (laten) brengen.

Uitkeringsgerechtigden

Op het speerpunt uitkeringsgerechtigden, met als doel bijdrage aan gezondheidsverbetering, is in de afgelopen jaren weinig ondernomen. De uitvoering is inmiddels overgedragen aan de gemeente Apeldoorn en wij zullen de gemeente Apeldoorn verzoeken om uitkeringsgerechtigden te stimuleren en/of ondersteunen bij het verbeteren van hun gezondheid.

Jongeren

De doelgroep jongeren staat voor de totstandkoming van verbetering van de instellingsstructuur in de spotlights (zie hierboven). Waar het de uitvoering betreft en de daadwerkelijke contacten met de jongeren wordt verwezen naar de nota Jong in Kleurrijk Brummen.

4.5.2 Maatregelen uit 2002²⁴

Genoemd zijn de maatregelen: Realiseren van een zorgloket; Opstellen van ouderenbeleid; Ontwikkelen van gehandicaptenbeleid / het oprichten van een adviesorgaan; Onderzoeken of reïntegratieactiviteiten voor lichamelijk gehandicapten in Brummen nodig zijn; Opstellen van jeugdbeleid; Verbanden aanbrengen tussen de breedtesportimpuls, sociale activering, armoedebeleid en activiteiten voor jongeren.

Zorgloket (nu: Wmo loket Wegwijs)

Voor de loketontwikkeling wordt verwezen naar de Wmo kadernota 2006, 2.3.1 en 2.3.2 pagina 8, 9 en 10. Het loket zoals in de kadernota beschreven is nog niet tot volle wasdom gekomen. Het informatieloket is door de gemeente gekoppeld met de indicatiestelling, hetgeen in fysieke zin op twee locaties plaatsvindt. Aangestipt is toen het belang van deskundige zorgbegeleiding en één toegang tot het zorgaanbod. Er is echter niet op besloten. Inmiddels, na de invoering van de Wmo en voortschrijdende ontwikkelingen in de zorg, doet zich langs een andere weg, in projectvorm onder de naam Wijs met groen en grijs een dergelijke ontwikkeling voor.²⁵ In dit project is met subsidie van de Provincie Gelderland een 'sociaal buurtverkenner' aangesteld die in de praktijk en voor de burger herkenbaarheid 'opbouwwerker ouderenzorg' wordt genoemd. Deze medewerker is in dit, door de partners getrokken project, voor de duur van een jaar aangesteld onder de verantwoordelijkheid van de welzijnsinstelling. De medewerker werkt op het snijvlak van alle zorg en welzijnstaken, is de spil voor de verbinding van de verschillende soorten voorzieningen en draagt zorg voor het daadwerkelijk leveren ervan aan de klant. Zo bezien is deze medewerker een "zorgcoördinator" zoals omschreven in de wmo kadernota (pagina 10). Tegen de achtergrond van de toenemende vergrijzing en de druk op de zorg ligt het in de rede om na ommekomst van dat jaar en bij aantoonbare meerwaarde, de medewerker onder directe verantwoordelijkheid van de gemeente aan te stellen en te koppelen aan het brede zorgloket. Het loket zelf dient op kwaliteit van informatievoorziening, digitalisering van gegevens en sluitende aanpak voor de burger te worden doorontwikkeld.²⁶ Afgesproken is dat twee jaar na de start het functioneren van het Wmo loket zal worden geëvalueerd.

Voorstel 13:

Doorontwikkeling van het wmo loket op afstemming van informatievoorziening, digitalisering en sluitende aanpak met indicatiestelling dient plaats te vinden.

Ouderen, minder validen, jeugd, sport en de adviesfunctie

Het ouderenbeleid is in uitvoering. De Wmo activiteiten op prestatieveld 3, 5 en 6 gaan duidelijk in op de positie van de minder validen. De activiteiten tot het realiseren van een gehandicaptenadviesraad hebben niet mogen leiden tot een actieve raad. Inmiddels is de Wmo raad ingesteld, die de positie en belangen van de minder validen behartigt, hetgeen immers onderdeel uitmaakt van de wet maatschappelijke ondersteuning. Het jeugdbeleid zal nog dit jaar verder vorm krijgen. De breedtesport wordt in 2009 geëvalueerd.

²⁴ Hoewel in 2002 niet genoemd zijn reeds lang kleinschalige vervoersvoorzieningen voorhanden. Deze voorzieningen zijn belangrijk voor iedereen die landelijk woont en van het openbaar vervoer afhankelijk is, maar met name voor gehandicapten en minder validen. De regiotaxi is goed geregeld en de Buurtbus van de stichting Handsaam doet goed werk.

²⁵ Zie ook bijlage 9, speech van staatssecretaris Busschemaker dd 4 april 2008 bron: minVWS.

²⁶ Relevant is om na te gaan of de HKZ methode, die de organisatiestructuur verbetert ook ertoe leidt dat de kwaliteit van de geboden zorg verbetert. De vraag kan daarom worden gesteld: wat wordt gedaan aan doorontwikkeling en verbetering van de kwaliteit van de zorg en zorggerelateerde instellingen>

5. Begroting

| | | Dekking | 2008 | | 2010 | 2011 |
|----------------|---|-------------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. | Voorlichting, signalering en gedragsbeïnvloeding | Wmo | 5.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 |
| 2.3.6.8 .11 | Ontwikkeling van zorg- en ondersteuningsketens | Wmo (oude DWBZ) | 5.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 |
| 4. | Terugdringen van sociaal isolement | GGD welzijn | 5.000 (GGD) | 5.000 eenmalig wmo | 5.000 Swb nieuw voor oud | 5.000 Swb nieuw voor oud |
| 5. | Alcoholmatiging | BDU-jgz | 5.863 | 5.863 | 5.863 | - |
| 7. | Centrum voor jeugd en gezin | BDU-jgz | 46.233 | 83.985 | 109.551 | 138.698 |
| 7a. | Centrum voor jeugd en gezin | BDU-jgz | 258.279 | 233.755 | 233.755 | 233.755 |
| 9. | 24 – uurs bereikbaarheid (cofinanciering) | Wmo Oude DWBZ) | 5.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 |
| 10. | Huiselijk geweld | PM Wmo oggz | PM 5.000 | PM 5.000 | PM 5.000 | PM 5.000 |
| 12. | Voorpost OGGZ instellingen | GGD (2008) Wmo: OGGZ | 6.000 | 5.000 6.000 | 6.000 | 6.000 |
| 8. 11. 13. | Doorontwikkeling en verfijning Wmo informatie, advies en indicatieloket | Wmo / welzijn | PM | PM | PM | PM |
| | Totaal | | | | | |

BIJLAGE 1 (BIJ HOOFDSTUK 1): TAKEN BINNEN DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

Het veld van de OGZ is zeer breed en kan grofweg worden ingedeeld naar:

- **Gezondheidsbevordering:** op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking preventieprogramma's uitvoeren; bijvoorbeeld gericht op gedragsverandering;
- **Infectieziektebestrijding:** omvat onder andere surveillance (ISIS); bron- en contactopsporing; preventie (o.a. reizigersvaccinatie); outbreakmanagement en onderzoek;
- **Medische milieukunde:** onderzoek, advisering en signalering op het terrein van milieu en gezondheid, bijvoorbeeld onderzoek van de kwaliteit van zwembadwater;
- **Zorg voor 0-19 jarigen** (jeugdgezondheidszorg): o.a. monitoring en signalering; gezondheidsvoorlichting (GVO); vaccinatie; screening; onderkenning van gezondheidsbedreigende factoren in sociale en fysieke omgeving en advisering hierover.
- **Openbare geestelijke gezondheidszorg:** directe hulpverlening (waaronder crisisinterventie, maatschappelijke opvang), preventie en zorg voor mensen met een verhoogd risico (o.a. signalering, screening en beleidsadviesing), verslavingszorg (inclusief vangnetfunctie), algemeen maatschappelijk werk (gedeeltelijk);
- **Technische hygiënezorg:** hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen; verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeëer en piercingstudio's, grote evenementen, seks- en relaxhuizen en instellingen ressorterend onder de Wet op de jeugdhulpverlening;
- **Crisishulpverlening, openbare veiligheid** (VWS, 2000d; VWS, 1998a).
- **Forensische geneeskunde**

BIJLAGE 2 (BIJ HOOFDSTUK 2): WET COLLECTIEVE PREVENTIE VOLKSGEZONDHEID

Collectieve preventie

De gemeenteraad heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeente advies aan de GGD. Daarnaast draagt de gemeenteraad zorg voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg. De taken van de gemeente op dit terrein zijn in ieder geval:

- Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;
- Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve zorg;
- Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- Gezondheidsbevordering;
- Bevolkingsonderzoeken;
- Bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- Bevorderen van technische hygiënezorg;
- Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg²⁷.

Infectieziektebestrijding

Verder draagt de gemeenteraad in het kader van de WCPV zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding. De taken van de gemeenteraad op dit terrein zijn:

- Algemene infectieziektebestrijding;
- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids;
- Tuberculosebestrijding;
- Bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten;
- Beantwoorden van vragen uit de bevolking;
- Geven van voorlichting en begeleiding.

Jeugdgezondheidszorg

De gemeenteraad draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de (integrale) jeugdgezondheidszorg. Taken op dit terrein zijn in ieder geval:

- Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- Ramen van de behoefte aan zorg;
- Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het [Rijksvaccinatieprogramma](#);
- Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen;
- Maatwerk jeugdgezondheidszorg (zoals opvoedingsondersteuning en logopedie).

²⁷ Deze taak is m.i.v. 1 januari 2008 overgeheveld van de WCPV naar de WMO en wordt uitgevoerd door de centrumgemeente Apeldoorn.

BIJLAGE 3 (BIJ HOOFDSTUK 2): RELEVANTE WETGEVING VOOR (AANSLUITING OP) GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID

Wetten

Naast de WCPV vormen twee wetten de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid van burgers: de Grondwet en de Gemeentewet. Daarnaast zijn er vele wetten en besluiten die verbinding hebben met de collectieve preventietaak van gemeenten. Hieronder is een kort overzicht van betreffende wetten.

Wetgeving die raakt aan de Wcpv:

Medische milieukunde

Besluit Luchtkwaliteit

Wettelijke normen voor luchtkwaliteit in Nederland, regels voor het vaststellen van en rapporteren over de luchtkwaliteit en het maken van actieplannen indien normen worden overschreden;

Actieprogramma Gezondheid en Milieu en Modernisering Instrumentarium Geluidshinder

Het ministerie van VROM heeft een aantal trajecten lopen die nog moeten uitmonden in regelgeving. De ontwikkelingen zijn te vinden op www.minvrom.nl/

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)

Geeft wettelijke bevoegdheid aan de burgemeester of een door hem aangewezen wethouder om mensen die vanwege hun psychische toestand een gevaar opleveren voor zichzelf of voor hun omgeving, verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Infectieziekten

Infectieziektewet

Er bestaat een verplichting tot melding aan de GGD van een aantal in wet genoemde infectieziekten. De wet geeft de burgemeester de bevoegdheid tot vrijheidsbeperkende maatregelen gericht op het individu. Ook is vastgelegd hoe de registratie moet plaatsvinden en welke adviestaken de GGD-directeur heeft.

Quarantainewet

Wettelijke bevoegdheden en voorschriften in geval van besmettelijke ziekten bij immigranten.

Destructiewet

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

Waterleidingswet

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aan preventie van infectieziekten.

Kampeewet

Voor vergunning moet men voldoen aan eisen onder ander betreffende hygiëne.

Wet op de geneesmiddelenvoorziening

Voor infectieziektebestrijding is het Besluit immunologische farmaceutische producten van belang; aan een aantal instellingen kunnen in het kader van de infectieziektebestrijding direct vaccins en dergelijke geleverd worden; er zijn regels voor bewaring, administratie en toezicht door apothekers.

Jeugdgezondheidszorg

Ziekenfondswet

Een aantal gemeenten heeft te maken met het logopedistenbesluit dat op deze wet berust.

Wet op het primair onderwijs en Wet op het voortgezet onderwijs

Onder andere regels voor onderwijshuisvesting (waarbij gelet moet worden op de technische hygiënezorg) en lokaal onderwijsachterstandsbeleid.

Leerplichtwet en de RMC-wet

Gemeenten houden toezicht op nakoming van de leerplicht. In aanvulling op de Leerplichtwet geldt de RMC-wet (regionale meld- en coördinatiefunctie): het in regionaal verband aanpakken van het voortijdig schoolverlaten van niet-meer plichtige deelnemers tot 23 jaar.

Wetgeving buitengewoon onderwijs

Verplichte GGD-advisering over toelating van kinderen tot het buitengewoon onderwijs.

Overige

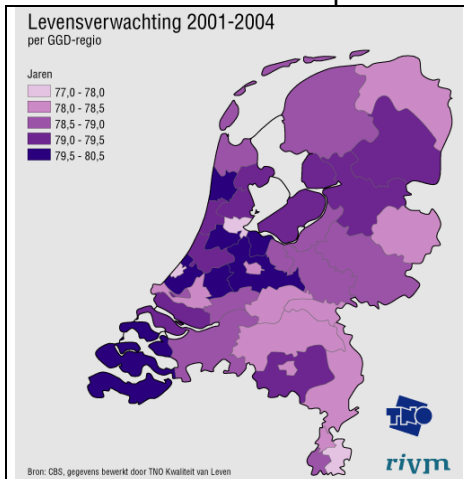
- Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
- Rampenwet
- Wet op de lijkbezorging
- WMO, waarin opgenomen de oude welzijnswet, delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Wet Voorzieningen Gehandicapten (nu WMO)
- Algemene Bijstandswet
- Wet ambulancevervoer
- Wet tarieven gezondheidszorg
- Besluit Indicatiebeoordeling verpleging en verzorging
- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg:
- Wet bescherming persoonsgegevens
- Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
- Wet bevolkingsonderzoek
- Wet medisch wetenschappelijk onderzoek bij mensen
- Wet klachtenrecht cliënten zorgsector
- Koppelingswet
- Drank- en Horecawet

BIJLAGE 4 (BIJ HOOFDSTUK 3): GEZONDHEID NU EN IN DE TOEKOMST

Gezondheidssituatie

Hoe gezond is Gelre-IJssel ten opzichte van Nederland?

Hoe gezond de bevolking is, kan afgelezen worden aan verschillende maatstaven. Eén daarvan is de levensverwachting bij geboorte. In Nederland was de levensverwachting in 2003 voor mannen 76,2 jaar en voor vrouwen 80,9 jaar. Vergeleken met andere Europese landen is dit een middenpositie.



Hoewel de gezondheid van Nederlanders in ruim anderhalve eeuw enorm vooruit is gegaan, stagneert die verbetering nu en zou de levensverwachting van Nederlanders in de nabije toekomst zelfs kunnen dalen. Om deze ontwikkeling te stoppen en juist vooruitgang te boeken, richt de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' die in het najaar zal verschijnen zich voor de komende jaren op een aantal risicofactoren en één ziekte:

- Roken;
- Overgewicht;
- Overmatig alcoholgebruik;
- Geringe weerbaarheid;
- Diabetes (zie bijlage 5)

Figuur: de regio Gelre-IJssel heeft een gemiddelde levensverwachting van 76,2 jaar voor mannen en 81,2 jaar voor vrouwen. Dit is gelijk aan het gemiddelde voor Nederland.

Met *gezond zijn* wordt bedoeld dat mensen lichamelijk, geestelijk en sociaal kunnen functioneren in de samenleving. De GGD registreert continu gezondheidsgegevens, bijvoorbeeld van de onderzoeken van kinderen door de jeugdartsen, en van de bezoekers van het SOA spreekuur. Deze en andere gegevens zijn te vinden in de Gezondheidsatlas en op www.ggdgelre-ijssel.nl. Bovendien houdt de GGD elk jaar een groot onderzoek onder één bevolkingsgroep, om inzicht te geven in de lokale gezondheidssituatie en aanknopingspunten te bieden voor beleid. Zodat mensen *gezond blijven*.

Jeugd 12-17 jaar

Hieronder vindt u de kerngegevens uit de jeugdmonitor E-movo (2003). De meeste jongeren groeien op in goede gezondheid. De leefwijze van jongeren is echter ronduit ongezond en er is veel psychische problematiek onder jongeren. De volgende onderwerpen dragen het meest bij aan de huidige of toekomstige ongezondheid en zijn daarom vanuit gezondheidsoogpunt belangrijke aandachtspunten voor preventie:

- het terugdringen van het gebruik van **genotmiddelen** (met name roken en overmatig alcoholgebruik);
- het stimuleren van een **gezond voedingspatroon en voldoende beweging** en het voorkómen van **overgewicht**
- het terugdringen en voorkómen van **psychische problematiek**.

De problemen in onze regio komen in grote lijnen overeen met de landelijke problemen. Op een aantal aspecten scoren jongeren uit de Stedendriehoek iets gunstiger dan de jongeren in Oost Nederland: ze ontbijten iets vaker, eten vaker fruit, drinken minder vaak alcohol en plegen minder strafbare feiten. De jongeren uit Achterhoek ontbijten iets vaker, eten vaker groente, bewegen meer en hebben minder vaak psychische problemen. Het alcoholgebruik ligt in de regio Achterhoek duidelijk boven het gemiddelde van Oost-Nederland.

Volwassenen 18-65 jaar

Het laatste onderzoek onder volwassenen is in de voormalige regio Stedendriehoek uitgevoerd in 1992; in de voormalige regio Achterhoek is niet eerder een algemeen gezondheidsonderzoek onder volwassenen uitgevoerd. Om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie, welzijn en bv. behoefte aan voorzieningen (zoals opvoedingsondersteuning) van de volwassenen bevolking is het van belang om ook in de nabije toekomst een Volwassenenmonitor te houden.

Ouderen 65+

In oktober 2005 zijn de vragenlijsten voor de Ouderenmonitor verstuurd. In de vragenlijst is veel aandacht besteed aan onderwerpen die relevant zijn voor de Wmo, zoals gebruik van en behoefte aan (professionele) zorg, beperkingen, gebruik van en bekendheid met voorzieningen, etc. Het resultaat voor Brummen is begin 2007 aan het gemeenteraad forum samenleving gepresenteerd.

Voor meer informatie kijk op: de landelijke VTV (juni 2006 nieuwe versie), regionale VTV, monitor gegevens GGD (E-movo, ouderenmonitor)

BIJLAGE 5 (BIJ HOOFDSTUK 3): EVALUATIE VAN DE MAATREGELEN UIT DE GEZONDHEIDSNOTA 2002

De vijf kwetsbare doelgroepen:

- Nieuwkomers en oudkomers.

De nota signaleert geen specifieke problemen, anders dan achterstand in onderwijs, arbeidsmarkt etc. De nota noemt 7 activiteiten gericht op oud en nieuwkomers. Op één na zijn al deze activiteiten enkel indirect van invloed op de algemene gezondheid. De primaire doelstelling van de genoemde activiteiten is een andere (inburgering, reïntegratie etc.). Het is niet goed na te gaan in hoeverre deze activiteiten daadwerkelijk hebben geleid tot verbetering van de gezondheidssituatie. Gezondheid en inzicht daarin kan hooguit een afgeleide factor zijn. Het project Opstap en opstapje is inmiddels gestaakt, omdat de resultaten onvoldoende waren. Geen specifieke beleidsvoornemens staan in de nota opgenomen.

Beleidsaanbeveling voor vervolg: Inmiddels is landelijk meer bekend over gezondheidsproblemen onder deze doelgroep (wij denken hierbij aan de aanwezigheid van diabetes). Deze doelgroep de komende jaren opnieuw meenemen in het gezondheidsbeleid, maar deze keer met een op de groep toegesneden ondersteunende aanpak waarin de gezondheid een herkenbaar element is.

- Ouderen, gehandicapten en chronisch zorgafhankelijken

Over de gezondheidssituatie heeft de GGD in 2006 onderzoek verricht onder ouderen, niet onder gehandicapten. De 65+ pas, is inmiddels door het Rijk afgeschaft. Eenzaamheid speelt nog steeds onder ouderen. Toegankelijkheid van voorzieningen (vanuit een fysiek perspectief) heeft wel de aandacht gehad. Zo zijn stoepen, paden en oversteekplaatsen verbeterd, de begraafplaats is beter toegankelijk. De middenstand is door een ludieke actie geattendeerd op het belang van toegankelijke entree's en looppaden, ondernemers zijn hiervoor aangeschreven. Toegankelijkheid bezien vanuit het perspectief van kennisoverdracht over voorzieningen: Het informierend huisbezoekproject is in uitvoering. Vele ouderen stellen een bezoek op prijs. Het effect is opnieuw moeilijk te meten in termen van concrete verbetering van de gezondheid en rendementsonderzoek is nooit opgezet.

Dagbesteding van ouderen en gehandicapten blijft een punt van aandacht. De SWB heeft reeds enige jaren een dagbestedingsproject in uitvoering, waar goed gebruik van wordt gemaakt.²⁸ Op dit moment worden geen wachtlijsten gemeld door de zorg instellingen in Brummen.

Beleidsaanbeveling voor vervolg: de toenemende vergrijzing (i.c. van gehandicapten) in een landelijk gebied vereist actief gezondheidsbeleid.

- Verslaafden, dak- en thuislozen

De nota van 2002 verwijst naar activiteiten en instellingen in de centrumgemeente Apeldoorn waar wordt ondersteund en opgevangen. De gemeente Apeldoorn heeft het regionaal kompas vastgesteld, een beleidsnota die ingaat op de taken, vallend onder prestatieveld 7,7,9 van de Wmo.

Beleidsaanbeveling voor vervolg: een voorstel tot een lokaal initiatief is opgenomen in de nota.

- Uitkeringsgerechtigden zonder arbeidsperspectief en huishoudens in langdurige armoede

Door invoering van de Wet Werk en Bijstand op 1 januari 2004 is dit thema achterhaald. Uitgangspunt van laatstgenoemde wet is "werk gaat boven uitkering". Dit heeft met zich meegebracht dat in de reïntegratieverordening meer instrumenten zijn opgenomen om mensen met een grote achterstand tot de arbeidsmarkt meer (deels) aan het werk te helpen. Hoewel de gemeente Brummen verantwoordelijk blijft voor het beleid, is de uitvoering van deze wet werk en bijstand overgeheveld naar de gemeente Apeldoorn.

- Probleemgedrag bij jongeren

Jeugdbeleid heeft tot gevolg gehad dat een jongerenwerker al enige jaren actief is, dat honken zijn geplaatst. In 2007 is in een concrete probleemsituatie in de Eerbeekse Enk zuid een incidentele wijkaanpak georganiseerd. Dit project is afgerond. Niet vanuit de insteek jongeren, maar vanuit wijkleefklimaat en ingestoken vanuit ouderen en wordt bezien of continuïteit aan het aanvangsproject kan worden gegeven. Dit wordt gedaan omdat de aanvangsproblemen met jongeren niet bestempeld mag worden als een probleemwijk. De inductiewerking van positieve sociale binding en eigen kracht kan ook vanuit de oudereninitiatieven tot stand komen. Het betreft hier de vervolginitiatieven in het project Wijs met groen en grijs.

²⁸ Evaluatie van dit project is in 2007 uitgevoerd onder HKZ vereisten van het zorgkantoor Agis.

- Realiseren van een zorgloket

In 2005 is een pilotproject Informatie en adviesloket geopend voor wonen, welzijn, zorg en inkomensondersteuning. Toch is het nog geen zorgloket te noemen, omdat niet in alle gevallen maatwerkbegeleiding kan worden geboden tot aan het moment van de levering van de zorg. Ook de ketenwerkwijze staat nog in de kinderschoenen. De komst van de Wmo, waarin gemeentelijk taken bijeen zijn gebracht onder één noemer biedt hiertoe meer mogelijkheden.

- Beleidsaanbeveling voor vervolg

Een transparant werkend zorgloket voor de burger/cliënt vereist een scherpe beleidsformulering, gemeentelijke regie, monitoring van de implementatie en regie in de afstemming tussen informatievoorziening, vraagverheldering en de vervolgacties daarop. Ook de logistieke afstemming tussen partners die verantwoordelijkheid dragen voor wonen, zorg en welzijn speelt een belangrijke rol in de kwaliteitsverbetering. De ICT speelt een cruciale rol in werkafstemming.

- Realiseren van een nota ouderenbeleid

Eind 2005 is in antwoord op een onderzoek onder ouderen in Brummen de nota Ouderen in Brummen vastgesteld. Drie speerpunten zijn genoemd: ontwikkelen van een zorgloket, ketenbenadering in ondersteunende voorzieningen tot ontwikkeling brengen, mantelzorgbeleid ontwikkelen.

Beleidsaanbeveling voor vervolg: Dit traject wordt volledig meegenomen in de integrale werkwijze die sinds de invoering van de Wmo wordt gebezigd.

- Het opzetten van gehandicaptenbeleid / het oprichten van een adviesorgaan

Gehandicaptenfacetbeleid is niet tot ontwikkeling gebracht. Een gehandicaptenadviesraad is geïnstalleerd, maar heeft niet het beoogde effect gehad. De Wmo adviesraad behartigt de belangen van de gehandicapten.

- Onderzoeken of reïntegratieactiviteiten voor lichamelijk gehandicapten in Brummen nodig zijn.

Reïntegratie als onderdeel van de Wet werk en bijstand wordt vanaf 1 januari 2008 door de Dienst Samenleving van de gemeente Apeldoorn namens de gemeente Brummen uitgevoerd. Verder is de reïntegratieverordening van de gemeente Brummen van toepassing. Opgemerkt wordt verder dat het UWV subsidieregels kent zowel voor arbeidsongeschikten als voor (potentiële) werkgevers voor het treffen van voorzieningen woonwerkverkeer alsmede voorzieningen gericht op de aanpassing van de werkplek.

- Realiseren van een nota jeugdbeleid

De nota jeugdbeleid is tot stand gekomen, is geëvalueerd en zal eind 2008 een vervolg krijgen.

- Verbanden aanbrengen tussen de breedtesportimpuls, sociale activering, armoedebeleid en activiteiten voor jongeren.

Zo expliciet en breed als het hier wordt genoemd zijn geen initiatieven genoemd. Wel zijn deelverbanden aangebracht.

BIJLAGE 6 (BIJ HOOFDSTUK 4): REGIE WCPV TAKEN GEDEELTELIJK BIJ GEMEENTEN

Overzicht producten GGD Gelre-IJssel en aansturing door gemeenten

| Productgroepen <i>(gebaseerd op productenboek GGD Gelre-IJssel versie 20 april 2005)</i> | Wet collectieve preventie volksgezondheid | Overige regelgeving | Landelijke sturing (rijksoverheid, RIVM, GGD NL) | Gemeentelijke sturing |
|--|---|---------------------|--|-----------------------|
| Programma Jeugdgezondheidszorg | | | | |
| Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg uniform deel | + | | ++ | |
| 1. Contactmomenten JGZ | | | | |
| 2. Groepsgerichte monitoring | | | | |
| 3. Onderzoek op indicatie | | | | |
| 4. Overdracht dossiers | | | | |
| 5. Voorlichting en advies | | | | |
| 6. Zorgcoördinatie | | | | |
| 7. Schoolgezondheidsbeleid | | | | |
| Maatwerk jeugdgezondheidszorg | + | | | ++ |
| 8. Overige producten | | | | |
| Programma Openbare Gezondheidszorg | | | | |
| 1. Infectieziektebestrijding | | | | |
| 1.1 Algemeen | + | | ++ | |
| 1.2 SOA/HIVbestrijding | + | | + | |
| 1.3 TBC-bestrijding | + | | ++ | |
| 1.4 Technische hygiënezorg | + | | + | |
| Inspectie kinderopvang | | + | ++ | |
| 2. Vaccinaties | | | | |
| 2.1 Reizigersvaccinatie | +/- | | | |
| 2.2 Rijksvaccinatieprogramma | | + | ++ | |
| 2.3 Vaccinaties diverse doelgroepen | + | | + | |
| 3. Medische milieukunde | + | | | ++ |
| 4. OGGZ | | | | |
| 4.1 OGGZ netwerkcoördinatie | + | | | ++ |
| 4.2 Vangnet psychosociale problematiek | + | | | ++ |
| 4.3 Huiselijk geweld | | | | ++ |
| 5. Beleidsadvisering | + | | | ++ |
| 6. Epidemiologie | + | | + | + |
| 7. Gezondheidsbevordering | + | | | ++ |
| 8. Bevolkingsonderzoeken | + | + | ++ | |
| 9. Forensische zorg | | + | + | |

BIJLAGE 7 (BIJ HOOFDSTUK 4): JONGEREN EN OUDEREN

Jongeren 12-17 jaar

bron: E-MOVO 2003

percentages zijn gebaseerd op het aantal jongeren dat mee heeft gedaan aan E-MOVO (klas 2 en klas 4 middelbare school)

| | aantal | overgewicht ¹ | | diabetes ² | roken | alcohol | | psychische problemen |
|-------------------|--------|-----------------------------|---|-----------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | op basis van zelfrapportage | betrouwbare gegevens jeugdarts (klas 2) | op basis van zelfrapportage | rookt 1x per week of vaker | drinkt wel eens | drinkt overmatig ³ | gemeten met MHI-5 ⁴ |
| Aalten | | | | | | | | |
| Apeldoorn | 2265 | 9% | 15% | 1% | 13% | 66% | 36% | 14% |
| Berkelland | | | | | | | | |
| Bronckhorst | | | | | | | | |
| Brummen | 249 | 14% | 17% | 2% | 17% | 78% | 46% | 19% |
| Deventer | 1565 | 8% | 15% | 0% | 15% | 66% | 35% | 17% |
| Bathmen | 106 | 6% | 15% | 2% | 18% | 91% | 63% | 18% |
| Doetinchem | | | | | | | | |
| Epe | 470 | 9% | 19% | 0% | 13% | 70% | 44% | 13% |
| Groenlo | | | | | | | | |
| Lochem | 606 | 7% | 12% | 0% | 9% | 77% | 47% | 17% |
| Montferland | | | | | | | | |
| Oude IJsselstreek | | | | | | | | |
| Voorst | 457 | 8% | 14% | 2% | 15% | 82% | 53% | 12% |
| Winterswijk | | | | | | | | |
| Zutphen | 468 | 10% | 20% | 0% | 19% | 70% | 42% | 18% |
| Warnsveld | 141 | 8% | 14% | 0% | 22% | 79% | 48% | 16% |
| Oost NL | | | | | | | | |
| Nederland | | | | | | | | |

¹als maat voor overgewicht wordt de Body Mass Index (BMI) gehanteerd. Deze BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht te delen door het kwadraat van de lichaamslengte. Bij volwassenen spreekt men van overgewicht bij een BMI van 25 of hoger. Voor jongeren (in de groei) bestaan er aangepaste (lagere) grenzen welke afhankelijk zijn van de leeftijd en het geslacht.

²aan de jongeren is gevraagd om aan te geven welke ziekten zij hebben, die zijn vastgesteld door een arts

³drinkt overmatig = heeft in de afgelopen 4 weken 1x of vaker 5 of meer glazen alcohol op een avond gedronken

Ouderen 65+

bron: Ouderenmonitor 2005/2006

LET OP: cijfers onder voorbehoud, officiële resultaten verschijnen voorjaar 2006

percentages zijn gebaseerd op het aantal ouderen dat mee heeft gedaan aan de Ouderenmonitor

| | aantal | overgewicht ¹ | diabetes ² | roken | alcohol | psychische problemen | |
|-------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | | op basis van zelfrapportage | op basis van zelfrapportage | niet nagevraagd | drinkt wel eens | drinkt overmatig ³ | gemeten met MHI-5 ⁴ |
| Aalten | 384 | 68% | 16% | - | 67% | 4% | 21% |
| Apeldoorn | 1883 | 55% | 12% | - | 71% | 5% | 17% |
| Berkelland | 408 | 65% | 14% | - | 72% | 6% | 15% |
| Bronckhorst | 379 | 62% | 11% | - | 74% | 4% | 14% |
| Brummen | 393 | 54% | 15% | - | 69% | 3% | 20% |
| Deventer | 378 | 59% | 15% | - | 69% | 6% | 19% |
| Doetinchem | 374 | 65% | 13% | - | 70% | 6% | 15% |
| Epe | 355 | 56% | 12% | - | 69% | 3% | 20% |
| Groenlo | 349 | 62% | 14% | - | 74% | 5% | 13% |
| Lochem | 392 | 54% | 10% | - | 74% | 3% | 11% |
| Montferland | 376 | 59% | 12% | - | 69% | 4% | 18% |
| Oude IJsselstreek | 412 | 60% | 15% | - | 63% | 4% | 19% |
| Voorst | 395 | 59% | 15% | - | 72% | 4% | 15% |
| Winterswijk | 409 | 59% | 13% | - | 64% | 5% | 16% |
| Zutphen | 394 | 54% | 15% | - | 68% | 5% | 16% |
| Oost NL | | | | | | | |
| Nederland | | | | | | | |

¹als maat voor overgewicht wordt de Body Mass Index (BMI) gehanteerd. Deze BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht te delen door het kwadraat van de lichaamslengte. Bij volwassenen spreekt men van overgewicht bij een BMI van 25 of hoger. Bij ouderen (70 jaar en ouder) moet, vanwege verandering van lengte en lichaamssamenstelling, de BMI met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

²aan de ouderen is gevraagd om aan te geven welke ziekten zij hebben, die zijn vastgesteld door een arts

³Een man is een zware drinker wanneer hij minimaal 1 dag per week 6 of meer glazen alcohol per dag drinkt. Een vrouw is een zware drinker wanneer zij minimaal 1 dag per week 4 of meer glazen alcohol per dag drinkt.

⁴MHI-5 = landelijk instrument voor het meten van psychische problemen, bestaande uit 5 vragen

BIJLAGE 8: GEZONDHEIDSBEÏNVOEDENDE ONTWIKKELINGEN

- **Dubbele vergrijzing en ontgroening**

Dubbele vergrijzing is een demografische ontwikkeling waarin het aandeel van ouderen in de totale bevolkingsopbouw toeneemt, terwijl ze ook een steeds hogere leeftijd bereiken. Ontgroening is een ontwikkeling waarbij het aantal jonge mensen in de totale bevolkingsopbouw afneemt. Beide ontwikkelingen hebben hun invloed op gezondheid.

- **Informatiemaatschappij**

Het internet is een flexibel en breed toegankelijk relatief nieuw informatiemedium. De informatie is op elk moment beschikbaar voor iedereen met een internetaansluiting en kan zeer snel worden bijgewerkt en geactualiseerd. Dit medium biedt dan ook kansen en bedreigingen als het gaat om gezondheid en gezondheidsbeleid...

- **Sociaal isolement**

Sociale relaties kunnen op verschillende manieren de gezondheid beïnvloeden. Het ontvangen van meer emotionele steun hangt samen met een kleinere kans op kanker (nieuwvormingen), hart- en vaatziekten en lichamelijk functioneren. De steun van sociale relaties kan leiden tot een betere psychische gezondheid omdat men zich meer gewaardeerd voelt en meer hulp beschikbaar is in geval van nood. Weinig steun kan echter leiden tot het ontstaan van een depressie, burn-out en verhoging van het ziekteverzuim.

Iemand wordt als sociaal geïsoleerd beschouwd, wanneer er een onaanvaardbare of ongewenste discrepantie bestaat tussen de kwaliteit en de omvang van het sociale netwerk en datgene wat het individu voor zichzelf noodzakelijk acht voor een goed sociaal functioneren. In de praktijk betekent dat ongeveer 30% van de bevolking het risico loopt om in een sociaal isolement te recht te komen vanwege eenzaamheidsgevoelens of een klein netwerk en dat op dit moment al 6% in een sociaal isolement verkeert.

- **Verschuiving verantwoordelijkheden gezond gedrag**

Preventieve interventies worden op verschillende plaatsen aangeboden of uitgevoerd, zoals de huisartsenpraktijk, werkplek en school. Met andere woorden er vindt een verschuiving plaats van verantwoordelijkheden waar ook gemeenten mee te maken krijgen.

- **Arbeidsparticipatie**

Arbeid kan zowel positief als negatief de geestelijke en lichamelijke gezondheid beïnvloeden.

Trends in de arbeidsparticipatie hebben vooral te maken met demografische ontwikkelingen. Het is onduidelijk of we voor de komende jaren een hogere of lagere arbeidsparticipatie moeten verwachten: de belasting van het werk stabiliseert, maar de bevolking vergrijsst. In verhouding tot het aantal WAO-intreders zijn de wervingsinspanningen van bedrijven in relatief geringe mate gericht op reïntegrerende WAO-ers.

Voor meer informatie kijk op:

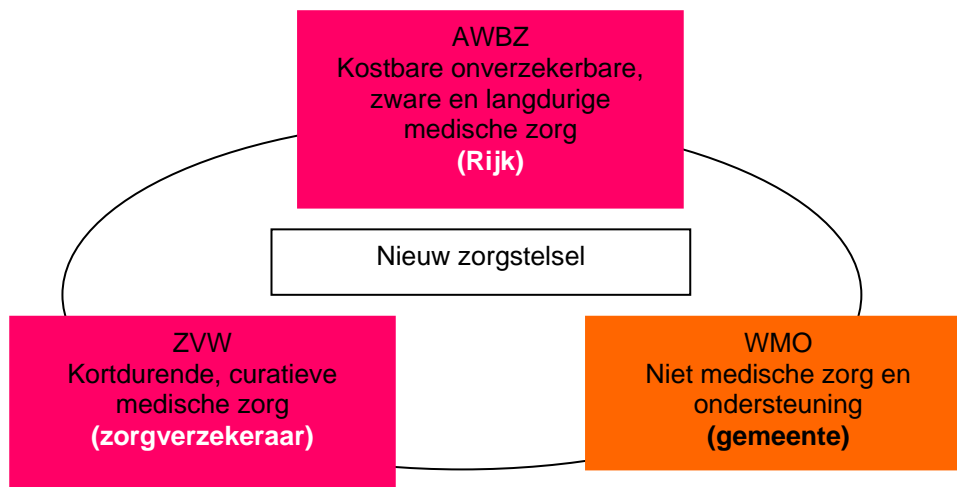
www.RIVM.nl

www.NIZW.nl

[www.spectrumgelderland.nl](http://www.spectrum gelderland.nl)

Gezondheidszorgontwikkelingen

- **Nieuw verzekeringsstelsel**



- **Marktwerking**

Meer marktwerking betekent minder regulering, meer vrijheid voor uw zorginstelling om te ondernemen en nieuwe financieringsmethoden. Nieuwe zorgaanbieders begeven zich op de traditionele markten en in uw omgeving ontstaan fusies en samenwerkingsverbanden of u krijgt hiermee zelf te maken. Het is voor u van belang te weten hoe u de voordelen kunt uitbuiten of de nadelen inperken, terwijl u aan de nieuwe regelgeving voldoet. Overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten zullen in de komende jaren gezamenlijk werken aan meer kwaliteit en efficiency in de zorg. Dit betekent dat de gehele zorgsector momenteel te maken heeft met een ingrijpende omslag van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem. De modernisering van de AWBZ, de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de komst van de Basisverzekering zijn allemaal ontwikkelingen om marktwerking in gang te zetten.

- **Extramuralisering is de trend**

*1) Het streven om buiten de muren van een intramurale instelling (waar iemand opgenomen wordt) gelijkwaardige zorg te bieden, bijvoorbeeld in de eigen woning
2) verschuiving van intramurale zorg naar lichtere vormen van zorg, bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in een verpleeghuis, verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis, verzorgingshuiszorg in een aanleunwoning.*

- **Tekort aan huisartsen**

De verwachting is dat er een tekort zal ontstaan aan huisartsen. Zowel het aanbod aan als de vraag naar huisartsenzorg zal stijgen, maar verwacht wordt dat de vraag in de periode 2004-2020 sneller zal toenemen. De extra opleidingsplaatsen zullen de tekorten naar verwachting niet kunnen opvangen, omdat steeds meer huisartsen parttime willen werken. Bovendien is de beroepsgroep sterk verouderd, waardoor de uitstroom in de periode 2005-2020 zal toenemen. Een toename van het aantal ouderen en chronisch zieken zal de vraag naar huisartsenzorg sterk doen stijgen. Verder kan de aansluiting tussen vraag en aanbod regionaal ook behoorlijk verschillen.

BIJLAGE 9: COÖRDINATIE IN OUDERENZORG VERBETEREN, TOESPRAAK, 4 APRIL 2008

Ouderen met complexe problemen zijn vaak niet goed in staat de zorg die zij nodig hebben te coördineren. Om een betere samenhang in de ouderenzorg tot stand te brengen, heeft staatssecretaris Bussemaker het Nationaal Programma Ouderenzorg in het leven geroepen. Namens alle ouderen nam Hannie van Leeuwen een cheque van 80,9 miljoen euro in ontvangst.

„Ik ben mijn eigen coördinator en dat is veel te zwaar.” Zo ervaren veel ouderen het, en je ziet dat dit mensen diep raakt. Hoe ingrijpend de verhalen ook zijn, deze video belicht slechts een deel van de problematiek van gebrekkige zorgcoördinatie.

De mensen in de film zijn relatief mondig en maken weloverwogen keuzes, bijvoorbeeld om medicijnen wel of niet te nemen. Er zijn ook ouderen die dit niet meer kunnen, en zij zijn nóg slechter af.

Zo is er bij ruim één op de tien ouderen sprake van verhoogde kwetsbaarheid. Zij zijn lichamelijk en geestelijk minder vitaal en er hoeft maar iets te gebeuren of zij krijgen klachten en worden nóg minder zelfstandig. Zij kunnen vaak onvoldoende verwoorden wat voor hen belangrijk is en krijgen daardoor vaak niet de zorg die zij nodig hebben.

Bovendien gaat het in de video alleen maar om medische zorg, en daar ligt slechts een deel van het probleem. Ouderen hebben vaak ook te maken met thuiszorg en welzijnzorg van de gemeente. Zij moeten het allemaal op elkaar af weten te stemmen. Dit is een té grote opgave, waardoor de coördinatie van de zorg vaak ontbreekt.

Ik wil hier voor de duidelijkheid zeggen dat niet álle ouderen hiermee te maken hebben. Het gaat om ouderen met een complexe problematiek, die veel zorg krijgen. Het is wel een grote groep. In 2006 waren er 2,2 miljoen personen van 65 jaar en ouder. Van hen kampte ruim de helft met meer dan één ziekte.

Net als de gezonde ouderen, kunnen en willen zieke ouderen een waardevolle bijdrage leveren aan de samenleving. We moeten hen stimuleren om zo lang mogelijk op een betrokken en productieve manier te leven.

Dit kan alleen als niet al hun energie opgeslokt wordt door problemen die zij tegenkomen tijdens hun zoektocht naar de juiste zorg.

Ik wil hier drie problemen noemen waar veel ouderen tijdens deze zoektocht op stuiten.

1) Ten eerste zijn er problemen met medicijngebruik. In de film kwamen twee ouderen aan het woord die zich niet konden vinden in doktersadviezen over geneesmiddelen. In het ene geval werden medicijnen voorgeschreven die een patiënte niet wilde gebruiken, in het andere geval werd een patiënte afgeraden om medicijnen te nemen die zij wél wilde gebruiken.

Het komt veel voor dat verschillende specialisten geneesmiddelen voorschrijven die elkaar niet goed verdragen, zodat medicijnen niet werken of er ernstige bijwerkingen optreden. Dit gebeurt relatief vaak bij ouderen omdat velen van hen meer dan één aandoening hebben en dus verschillende specialisten bezoeken. Het gevolg is dat er jaarlijks tientallen duizenden ouderen worden opgenomen. Dus niet omdat zij ziek zijn, maar omdat zij medicijnen krijgen.

2) Een tweede knelpunt is dat ouderen niet altijd de zorg krijgen waar zij de meeste behoefte aan hebben. Zo gebeurt het dat zij al hun energie steken in ziekenhuisbezoeken, terwijl de behandelingen die zij krijgen slechts een marginaal resultaat boeken. Soms zijn deze mensen meer gebaat bij een woningaanpassing en een vervoersvoorziening, zodat zij familie kunnen bezoeken en plezier beleven.

3) Ten derde wordt er niet genoeg geïnvesteerd in wat mensen nog wél kunnen. Zo revalideren zij onvoldoende na bijvoorbeeld een heupoperatie. Hun zelfredzaamheid neemt meer af dan nodig, waardoor zij eerder andere zorg nodig hebben – zoals zorg van een huisarts, thuiszorg of vervoersvoorzieningen uit de Wmo.

Na de film en deze voorbeelden rijst de prangende vraag: hoe komt het dat wij de zorg voor onze ouderen niet beter coördineren? In mijn visie liggen hier drie oorzaken aan ten grondslag:

Er is een organisatorisch probleem doordat verschillende zorgverleners onvoldoende met elkaar samenwerken. Ook is er onvoldoende kennis.

We weten vaak niet of de behandeling van ziekten bij 40 tot 60 jarigen, ook geschikt is voor mensen boven de 70 jaar. En er is een bestuurlijk probleem want niemand is de baas van alle organisaties die zorg aan ouderen bieden. Zo is er niemand die hen dwingt om beter samen te werken.

Geachte aanwezigen,

Het is duidelijk dat er iets moet veranderen. We moeten met z'n allen onze schouders zetten onder oplossingen voor deze problemen. Want het kan natuurlijk niet dat wij ónze ouderen – die goed voor ons gezorgd hebben toen wij kinderen waren – zó laten tobben als we net in de film hebben gezien. Daarom beginnen wij vandaag met het Nationaal Programma Ouderenzorg.

Wat dit programma precies inhoudt, zal Betty Meyboom-De Jong straks vertellen. Ik wil hier opmerken dat ik met dit programma iedereen wil uitdagen om mee te denken over een betere samenhang in de zorg voor ouderen.

Daarom is het Programma Ouderenzorg geen panklaar recept, maar een cheque waarmee verschillende regio's hun eigen ingrediënten kunnen inkopen en zelf recepten kunnen ontwikkelen. We kunnen ieder goed idee gebruiken, bijvoorbeeld gericht op afstemming én samenwerking tussen disciplines, bestuursniveaus, en eerste en tweede lijn.

Bij het ontwikkelen van ideeën moeten we kijken naar de meerwaarde van zorg in het leven van mensen. We moeten onderzoeken hoe zorg bijdraagt aan het oplossen van wezenlijke problemen waar mensen mee kampen.

Dit betekent dat wij vaak een stapje terug moeten zetten om zicht op het totaalplaatje van iemands leven te krijgen. Zo zien wij of iemand gebaat is bij een medische behandeling – en zo ja welke behandeling. Ook kan het zijn dat iemand meer geholpen is met thuiszorg of bijvoorbeeld een woningaanpassing.

Dames en heren,

Ik wil nu graag Hannie van Leeuwen naar voren roepen. U neemt namens alle ouderen in Nederland de cheque van 80,9 miljoen euro voor het Nationaal Programma Ouderenzorg in ontvangst. U verpersoonlijkt de belangen van ouderen en zorgt ervoor dat zij gehoord worden. Hannie maakt het verschil.

Ik ben erg blij dat u als lid van de stuurgroep van dit programma erop toeziet dat dit geld goed besteed wordt.

Ik hoop dat u veel inspirerende voorbeelden tegenkomt zodat wij het leven van ouderen met complexe problemen wat minder ingewikkeld kunnen maken.

BIJLAGE 10: P E R S B E R I C H T GGD GELRE - IJSSEL

Van : Erna de Vries, GGD Gelre-IJssel
Tel. nr. : 088-443 33 69
E-mail : e.devries@ggdgelre-ijssel.nl
Datum : 20 mei 2008
Aant. pag. : 2

Onderwerp: E-MOVO 2007

Alcoholgebruik middelbare scholieren flink gedaald

In de regio Gelre-IJssel lijkt de trend onder jongeren om steeds jonger, steeds vaker en steeds meer alcohol te drinken te zijn doorbroken: het alcoholgebruik onder middelbare scholieren is sinds 2003 namelijk flink gedaald. Dat is de meest opvallende bevinding van het E-MOVO onderzoek van GGD Gelre-IJssel, dat in het najaar van 2007 is uitgevoerd.

Alcoholgebruik

De afgelopen jaren is in de regio Gelre-IJssel het aandeel middelbare scholieren dat alcohol drinkt gedaald van 66% in 2003 naar 51% in 2007. Dat is een geweldig positieve ontwikkeling. Het percentage binge-drinkers, dat zijn drinkers die bij één gelegenheid vijf of meer alcoholhoudende drankjes nuttigen, is ook gedaald; van 43% naar 35%. Verder valt op, dat de mening van ouders over het alcoholgebruik van hun zoon of dochter is gewijzigd. Volgens de jongeren stemde in 2003 nog driekwart van de ouders in met hun alcoholgebruik, in 2007 doet nog maar 63% van de ouders dat.

De verschillen in het alcoholgebruik ten opzichte van 2003 zijn in de Achterhoek aanmerkelijk groter dan in de rest van de regio Gelre-IJssel. Deze bevinding toont aan dat het intensieve alcoholmatigingsproject, dat sinds 2005 plaatsvindt in de Achterhoek, succesvol is. In dit project trachten de Achterhoekse gemeenten, IrisZorg (instelling voor verslavingszorg), politie, justitie en GGD Gelre-IJssel samen met onder meer horeca, sportverenigingen, onderwijs en jongerenwerk het alcoholgebruik van jongeren te matigen.

Leefstijl

Ook op andere terreinen is de leefstijl van middelbare scholieren in de regio Gelre-IJssel in 2007 beter dan in 2003. Minder scholieren gaan zonder ontbijt naar school, meer scholieren eten dagelijks fruit en groenten, minder scholieren roken en minder scholieren gebruiken drugs.

Hoewel de leefstijl van middelbare scholieren is verbeterd, voldoet deze lang niet aan de landelijk vastgestelde normen voor gezond gedrag. Zo wordt landelijk aanbevolen om onder de 16 jaar geen alcoholhoudende drank te gebruiken, terwijl van de tweedeklassers (13/14 jaar) 29% alcohol drinkt en 17% een binge-drinker is.

Verder rookt 18% van de middelbare scholieren, gaat 17% minstens één keer per week zonder ontbijt naar school, eet 60% niet dagelijks groenten, eet 65% niet dagelijks fruit en heeft 18% overgewicht. Slechts één op de vijf middelbare scholieren is -in overeenstemming met de Nederlandse Norm Gezond Bewegen- minimaal 1 uur per dag lichamelijk actief.

Toekomst

Om een goede volksgezondheid te bewerkstelligen, is een verdere verbetering van de leefstijl van jongeren noodzakelijk. GGD Gelre-IJssel zet zich daarvoor in, onder meer door voortzetting van het alcoholmatigingsproject in de Achterhoek, uitbreiding van dit project naar andere gemeenten in de regio Gelre-IJssel en door intensivering van de activiteiten met betrekking tot de preventie van overgewicht bij jongeren.

E-MOVO

E-MOVO (Elektronische MOnitor en Voorlichting) is een onderzoek naar de gezondheid en de leefstijl van leerlingen in het voortgezet onderwijs, dat wordt uitgevoerd door GGD'en in Gelderland en Overijssel. Leerlingen van klas 2 en 4 vulden op school via internet een vragenlijst in over gezondheid en leefstijl. Na het invullen konden de leerlingen op internet hun persoonlijke gezondheidsprofiel bekijken. Hierin kregen ze feedback over hun eigen gedrag en tips over een gezonde leefstijl.

De GGD'en verwerken de onderzoeksresultaten in gemeente-, school- en regiorapporten. Gemeenten, scholen en instellingen kunnen daarmee gericht werken aan het verbeteren van de gezondheid en leefstijl van jongeren. Hetzelfde onderzoek is ook in 2003 uitgevoerd, waardoor resultaten met elkaar vergeleken konden worden.

Dankzij de medewerking van vrijwel alle scholen kon de digitale vragenlijst worden afgenomen onder ruim 42.000 tweede- en vierdeklassers van 155 scholen in Gelderland en Overijssel. In de regio Gelre-IJssel hebben ruim 14.500 leerlingen van 47 scholen deelgenomen aan E-MOVO.

EINDE PERSBERICHT

Noot voor de redactie:

De resultaten van het onderzoek in de regio Gelre-IJssel worden beschreven in de factsheet '*Gezondheid en leefstijl van jongeren in de regio Gelre-IJssel, resultaten van E-MOVO 2007*', te vinden als bijlage bij dit persbericht.

E-MOVO is uitgevoerd door GGD'en in Gelderland en Overijssel. De gegevens van het **totale** E-MOVO-onderzoek, vindt u in de bijlage bij dit persbericht, '*Leefstijl jongeren iets gezonder*'

Voor meer informatie over dit persbericht kunt u contact opnemen met:
Erna de Vries, communicatieadviseur GGD Gelre-IJssel, tel.: 088-443 33 69
e-mail: e.devries@ggdgelre-ijssel.nl

Bijlage 11: Gehanteerde afkortingen

| | |
|------|--|
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| AMW | Algemeen Maatschappelijk Werk |
| BALM | Brummen Actief Leven Model |
| CJG | Centrum voor jeugd en Gezin |
| JOED | Jongeren onder een Dak |
| JGZ | Jeugd Gezondheids Zorg |
| OGGZ | Openbare Geestelijke Gezondheidszorg |
| OGZ | Openbare gezondheidszorg |
| RIVM | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu |
| UMTS | Universal Mobile Telecommunications System |
| VROM | Ministerie van Verkeer, Ruimtelijke ordening en Milieu |
| VWS | Ministerie van volksgezondheid Welzijn en Sport |
| WCPV | Wet Collectieve preventie Volksgezondheid |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |

