



Geldrop-Mierlo

# Raadsinformatiebrief

*Geldrop* 29 januari 2008

*onderwerp* Concept beleidsnota Lokaal  
Gezondheidsbeleid 2008-2011  
*registratienr* RI GM2008.0525

Beste leden van de raad van de gemeente Geldrop-Mierlo,

## **Inleiding**

Hierbij bieden wij u ter kennisname het concept van de 4-jarige beleidsnota "Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011" voor de gemeente Geldrop-Mierlo aan. Op 29 januari 2008 werd de nota door ons vrijgegeven voor een inspraakronde.

## **Inhoud**

Wij hebben deze nota aan een groot aantal organisaties en instellingen gestuurd en ter inzage gelegd in het gemeentehuis. Na de inspraakperiode van 6 weken zullen wij de ingekomen reacties verwerken en een raadsvoorstel opstellen waarna wij op 21 april 2008 de met de ingekomen reacties aangevulde nota ter besluitvorming aan u zullen voorleggen.

Voor eventuele vragen kunt u zich wenden tot de heer M. van Leuken van de afdeling Welzijn en Burgerzaken.

Met vriendelijke groet,  
burgemeester en wethouders,

J.H.M. van Vlerken  
secretaris

M.J.D. Donders - de Leest  
burgemeester

# nota LGB 2008 – 2011 Geldrop - Mierlo

## Hoofdstuk 1.

### Inleiding

- 1.1 Visie op gezondheid
- 1.2 De rol van de gemeente
- 1.3 Werkwijze

## Hoofdstuk 2

### Gezondheidsbeleid

- 2.1 De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)
- 2.2 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)
- 2.3 Relatie WCPV en WMO
- 2.4 Samenhang met andere beleidsterreinen
- 2.5 Doelstelling Lokaal Gezondheidsbeleid gemeente Geldrop-Mierlo

## hoofdstuk 3

### Inhoudelijke speerpunten voor de komende jaren

- 3.1 Kiezen van speerpunten
- 3.2 Beschrijving speerpunten lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011

## Hoofdstuk 4

### Werkwijze

- 4.1 Organisatie- en uitvoeringsstructuur
- 4.2 Platform Lokaal Gezondheidsbeleid
- 4.3 Thema's en projecten
- 4.4 Organisatiestructuur (LGB t.o.v. WMO en Jeugd)
- 4.5 Uitvoeringsprogramma / werkplannen
- 4.6 Evaluatie beleidsnota 2008 - 2011

## Hoofdstuk 5

### Voorwaarden uitvoering gezondheidsbeleid

- 5.1 Draagvlak
- 5.2 Budget en formatie

## **Bijlagen**

- 1**      **Mogelijke gezondheidsthema's voor de komende jaren**
  
- 2**      **Evaluatie speerpunten lokaal gezondheidsbeleid Geldrop-Mierlo 2003 - 2007**
  
- 3**      **De WCPV-taken**
  
- 4**      **Huidige gezondheidssituatie gemeente Geldrop - Mierlo**
  
- 5**      **Landelijke speerpunten (*vanuit landelijke preventienota*)**
  
- 6**      **Verslag overleg Platform LGB d.d. 15 november 2007**

# Hoofdstuk 1. Inleiding

## 1.1 Visie op gezondheid

Gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschreven als “een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en is daarmee méér dan de afwezigheid van ziekte”.

Gezondheid is dus een breed begrip.

Een goede gezondheid is voor velen noodzakelijk om in sociaal en economisch opzicht op een volwaardige wijze te kunnen functioneren. Gezondheid wordt dan ook als een groot goed beschouwd.

Werken aan gezondheid is een wezenlijke taak van de overheid. Daarbij staat voorop het voorkomen van vermijdbare ziekten en het bevorderen van de gezondheid. Deze taak is wettelijk vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). De voornemens op dit beleidsterrein dienen elke vier jaar te worden vastgelegd in een nota lokaal gezondheidsbeleid.

Overigens kan de verantwoordelijkheid voor gezondheid niet alleen afgeschoven worden op de overheid of het zorgsysteem. Iedere burger is in de eerste plaats voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid door het ontwikkelen van een goede en gezonde leefstijl. Daarnaast zijn eveneens anderen medeverantwoordelijk, zoals werkgevers, die verantwoordelijkheid dragen voor een gezonde werkomgeving en ouders en onderwijzers, die verantwoordelijk zijn voor een omgeving waarin kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen op emotioneel en lichamelijk gebied.

Gezondheidswinst valt vooral te behalen buiten de medische sector. Dit betreft zeker de openbare gezondheidszorg maar ook andere terreinen. (On)gezond gedrag, fysieke omgeving, sociale omgeving en de toegang tot zorg zijn factoren die de gezondheid bepalen en die je kunt beïnvloeden door beleid. Juist op deze gebieden neemt de gemeente beslissingen met vergaande gevolgen voor de gezondheid van haar inwoners.

## 1.2 De rol van de gemeente

De rol van gemeenten in het gezondheidsbeleid staat in deze beleidsnota centraal. Dit wil echter niet zeggen dat andere partijen er minder toedoen. De gemeente is voor het realiseren van haar gezondheidsdoelen aangewezen op de inzet van tal van organisaties, verenigingen, beroepskrachten en vrijwilligers. De betekenis van gemeente ligt dan ook voor een belangrijk deel in het bijeenbrengen van alle betrokken partijen en het sturen op gezamenlijk gedragen gezondheidsdoelen.

De rol van de gemeente in het gezondheidsbeleid is geen vaststaand gegeven. Door de jaren heen verandert die rol onder invloed van het rijksbeleid, lokale politieke keuzes en de maatschappelijke vraagstukken die aan de orde zijn. De huidige rollen van de gemeente zijn aan te geven met de kernwoorden: preventie en regie

### *Gemeente als beleidsmaker*

Om sturing te kunnen geven aan alle inspanningen van de diverse partijen is het noodzakelijk dat de gemeente weet waar het uiteindelijk allemaal toe moet leiden: welke beleidsdoelen heeft de gemeente voor ogen? In de Wcpv is sinds 2002 de verplichting voor de gemeente opgenomen dat zij eens in de vier jaar haar beleid moeten vastleggen in een nota Gezondheidsbeleid.

### *Gemeente als regisseur*

Op grond van de Wcpv moet de gemeente afstemmen, bewaken, coördineren en integreren oftewel regisseur zijn in het lokale gezondheidsbeleid. Het netwerk van organisaties die betrokken zijn bij de openbare gezondheidszorg is uitgebreid en complex. Het gaat om diverse partijen op lokaal en

regionaal niveau die onderling ook weer met elkaar te maken hebben en van elkaar afhankelijk zijn, en elk met eigen expertise en mogelijke inbreng.

#### *Gemeente als uitvoerder*

Voor een deel is de gemeente zelf direct verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wcpv-taken. Deze uitvoerende taken op het terrein van gezondheidsbeleid zijn grotendeels ondergebracht bij de gemeentelijke gezondheidsdienst, GGD Brabant-Zuidoost.

#### *Rol en taken GGD*

Onder verantwoordelijkheid van de gemeente voert de GGD tal van taken in de openbare gezondheidszorg uit. Het Rijk heeft bepaald welke taken de GGD in ieder geval moet uitvoeren. De ruimte die de gemeente heeft om beleid te formuleren op verschillende onderdelen van de openbare gezondheidszorg varieert. In de jeugdgezondheidszorg bestaat het grootste deel uit het vastgelegde basistakenpakket. Maar bij een taak als gezondheidsbevordering is er meer ruimte voor gemeentelijk beleid. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de Wcpv-taken die uitgevoerd moeten worden.

#### *Invloed raad*

Het vaststellen van de vierjaarlijkse nota gemeentelijk gezondheidsbeleid is de belangrijkste taak van de gemeenteraad.

Na vaststelling van de nota gezondheidsbeleid zal de gemeenteraad erop toezien dat de geformuleerde voornemens worden uitgevoerd. Hiervoor zijn concrete plannen van aanpak nodig met toetsbare doelstellingen. Vervolgens moet de voortgang van de uitvoering bewaakt worden.

### **1.3 Gevolgde werkwijze**

De basis voor het bepalen van de speerpunten voor de komende beleidsperiode 2008 – 2011 bestaat uit 6 elementen:

- Reeds vastgestelde gemeentelijke prioriteiten.
- Evaluatie van de speerpunten van lokaal gezondheidsbeleid periode 2003 - 2007 (bijlagen 1. en 2.)
- Taken vastgelegd in WCPV; de regionale en lokale situatie (bijlage 3.)
- Onderzoek (GGD – Gezondheidspeilingen) (bijlage 4.)
- Rijksbeleid; landelijk vastgestelde prioriteiten op het gebied van preventie (bijlage 5.)
- Signalen vanuit politiek, publieke opinie en maatschappelijk middenveld.

Deze elementen worden uitgewerkt in bijlagen. De belangrijkste informatie is per onderwerp samengevoegd in hoofdstuk 3.

Gezondheidsbeleid staat voor de gemeente overigens niet op zich. Veel van de onderwerpen en bijbehorende activiteiten worden op dit moment al opgezet en uitgevoerd binnen andere gemeentelijke beleidsterreinen. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om deze onderwerpen ook in deze nota opnieuw uit te werken. De overlap wordt echter wel in beeld gebracht. Ook wordt aangegeven op welke wijze vanuit lokaal gezondheidsbeleid wordt toegezien dat de gezondheidsaspecten van deze onderwerpen voldoende aandacht krijgen.

Daarnaast heeft de gemeente vanaf 2007 ook de wettelijke plicht om uitvoering te geven aan de Wmo. De gemeente heeft ervoor gekozen om het gehele beleid rond wonen, welzijn en (gezondheids)zorg (maatschappelijke ondersteuning) in het gedachtegoed van de Wmo te plaatsen en om dit beleid integraal op te zetten vanuit een gemeenschappelijke visie. Deze visie en uitgangspunten, vastgelegd in "beleidsplan "De Verbinding" WMO 2008 - 2011", zijn ook leidend voor deze nota Lokaal Gezondheidsbeleid.

Om tot een prioriteitenstelling van gezondheidsactiviteiten en – projecten te komen is/wordt de navolgende werkwijze gevolgd;

Wat	Wanneer
Verzamelen van relevante informatie die de huidige gezondheidssituatie van de gemeente Geldrop-Mierlo in beeld brengt	Augustus – september 2007
Voorleggen van deze informatie aan het platform Lokaal Gezondheidsbeleid waarin diverse organisaties en belangengroepen op het brede terrein van gezondheid, zorg en welzijn zijn vertegenwoordigd, in een discussiebijeenkomst met als doel te komen tot de belangrijkste hoofdthema's / speerpunten voor de komende beleidsperiode	15 November 2007
Vaststellen van de conceptnota Lokaal Gezondheidsbeleid door het college van burgemeester en wethouders	eind januari 2008
De conceptnota Lokaal Gezondheidsbeleid formeel zes weken ter inspraak	Van eind januari tot medio maart 2008
Aangepaste nota en raadsvoorstel vaststellen in het college	Eind maart
Behandeling raadsplein nota (aanleveren stukken)	27 maart 2008

## Hoofdstuk 2

## Gezondheidsbeleid

### 2.1 De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv)

De gemeente is op basis van de Wcpv verantwoordelijk voor de collectieve preventie in haar gemeente. Ze heeft de taak de gezondheid van haar inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De taken die de gemeente hiervoor moet uitvoeren zijn in de wet opgenomen. De Wcpv bepaalt dat gemeenten een GGD in stand dient te houden. Sinds de wijziging van de Wcpv in 2003 is gemeente verplicht iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie.

De Wcpv onderscheidt drie deelterreinen:

- Collectieve preventie: de gemeenteraad heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Daarnaast draagt de gemeenteraad zorg voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg.
- Infectieziektenbestrijding.
- Jeugdgezondheidszorg.

### 2.2 De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Het centrale thema in de Wmo is "meedoen". Meedoen van alle burgers, met of zonder beperking. Wanneer het burgers niet lukt op eigen kracht mee te doen, zullen zij gestimuleerd worden oplossingen in hun eigen omgeving te zoeken. Zijn deze er niet, dan biedt de Wmo mogelijkheden voor het bevorderen of herstellen van de zelfredzaamheid van burgers.

De Wmo steunt op twee uitgangspunten:

- De eigen verantwoordelijkheid van de burger
- Het organiseren van ondersteuning op lokaal niveau.

Om participatie van alle burgers te bereiken is een krachtige sociale structuur nodig. Maatschappelijke ondersteuning wordt geboden binnen diverse terreinen, zoals wonen, welzijn en zorg. Een samenhangend beleid tussen deze beleidsgebieden is van groot belang.

In de Wmo staan 9 prestatievelden. Deze geven de invulling aan het begrip maatschappelijke ondersteuning. De wet schrijft niet tot in detail voor waar voorzieningen aan moeten voldoen, dit moet lokaal worden ingevuld. De ruimte voor eigen invulling biedt de gemeente de mogelijkheid een beleid te ontwerpen dat recht doet aan de lokale situatie.

De gemeente Geldrop-Mierlo heeft haar visie en uitgangspunten vastgelegd in beleidsplan "De Verbinding 2008 - 2011". De gemeente kiest voor een brede benadering met aandacht voor het inrichten van een sociale infrastructuur volgens de basisfilosofie van de wet met accent op een integrale lokale beleidsvoering

- Eigen verantwoordelijkheid van burgers
- Meer communicatie met burgers
- Sterker netwerk van vrijwilligers en mantelzorgers
- Langer zelfstandig kunnen blijven wonen

Deze visie en uitgangspunten zijn leidend voor deze nota Lokaal Gezondheidsbeleid.

## 2.3 Relatie Wcpv – Wmo

Voor de gemeente Geldrop-Mierlo is het de komende jaren de uitdaging om beleid te ontwikkelen dat een samenhangend antwoord geeft op sociaal – maatschappelijke (WMO) en gezondheidsproblemen (WCPV) en het voorkomen daarvan.

De WCPV begeeft zich vooral op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. Onder primaire preventie vallen activiteiten die voorkomen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat. De doelgroep bij primaire preventie zijn gezonde mensen. Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De WMO richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie en heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Bij tertiaire preventie (valt vaak onder de zorg) worden complicaties en ziekteverergering voorkomen.

De negen prestatievelden van de WMO hebben verschillende raakvlakken met taken binnen de WCPV. De raakvlakken liggen vooral op het gebied van bevorderingstaken (preventieactiviteiten). In het kader van het LGB moet worden bepaald op welke onderwerpen preventieprogramma's ingezet gaan worden. Afstemming met preventieve programma's die in het kader van het WMO beleidsplan worden ingezet is hierbij essentieel.

Kort samengevat kan de relatie tussen beide wetten het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende, onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers.

In deze nota zal bij een aantal beleidsontwikkelingen direct worden verwezen naar het WMO – beleidsplan.

Hieronder worden een aantal raakvlakken tussen Wcpv en Wmo beschreven:

- *Doel:* het doel van de Wmo is maatschappelijke participatie. De Wcpv richt zich op bevordering van de gezondheid. Uitgaande van de brede definitie van gezondheid betekent het dat maatschappelijke ondersteuning gezien kan worden als een bijdrage aan de bevordering van die gezondheid. En andersom kan gezondheidsbevordering bijdragen aan maatschappelijke participatie. Het overstijgende doel van beide wetten is bevordering van de kwaliteit van leven.
- *Doelgroep:* beide wetten hebben alle burgers als doelgroep, zowel de kwetsbaren als de niet-kwetsbaren, voor burgers die al dan niet fysieke, psychische of sociale beperkingen hebben. De Wcpv beantwoordt vooral de maatschappelijke hulpvraag, de Wmo geeft ook gehoor aan individuele hulpvragen.

## 2.4 Samenhang met andere beleidsterreinen

Gezondheidsbeleid hangt met een aantal andere beleidsterreinen samen. Deze worden hieronder kort uitgewerkt.

### 2.4.1 OGGZ, Maatschappelijke opvang en verslavingszorg

Per 1 januari 2007 is de OGGZ, met uitzondering van 'het bieden van psychosociale hulp bij rampen', overgeheveld van de Wcpv naar de Wmo. Gemeenten zijn vanaf die datum verantwoordelijk voor de uitvoering van de OGGZ, evenals voor de uitvoering van maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Kwetsbare mensen kunnen afglijden in de maatschappij en zo in de maatschappelijke opvang en/of verslavingszorg terechtkomen. De gemeente heeft de taak om enerzijds dit met preventie te voorkomen en anderzijds het herstel van mensen te bevorderen.

Hoewel met het overgaan naar de Wmo geen directe taken meer zijn opgenomen in de Wcpv voor deze terreinen, zijn er wel duidelijke raakvlakken zichtbaar. Om problemen bij de doelgroepen van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en aangepakt. Het is dus van belang dat de gemeente blijft investeren in preventietaken, die ook vooral vanuit de Wcpv worden georganiseerd. Daarnaast zijn er met name binnen de Wcpv-taak van collectieve preventie verschillende taken die het brede OGGZ-beleid kunnen ondersteunen en/of versterken.

#### **2.4.2 Jeugdbeleid**

Zowel vanuit de Wcpv als vanuit de Wmo heeft de gemeente taken en verantwoordelijkheden rond de jeugd, waarbij een duidelijke samenhang te vinden is.

De nota Lokaal Gezondheidsbeleid zal zich ten aanzien van jeugd vooral richten op de leefstijlaspecten, die een invloed kunnen hebben op de gezondheid van deze doelgroep. De toegankelijkheid, bereikbaarheid, kwaliteit van zorgvoorzieningen en de maatregelen ten aanzien van fysiek en sociale omgeving komen vooral in het integrale jeugdbeleid aan de orde.

#### **2.4.3 Integraal Veiligheidsbeleid**

In 2005 is de nota Integraal Veiligheidsbeleid vastgesteld. Enkele prioriteiten daaruit hebben een relatie met gezondheidsbeleid, zoals het bevorderen van leefbaarheid in de wijk, verhogen veiligheidsgevoel; bestrijding huiselijk geweld; aandacht voor riskant gebruik genotmiddelen bij jeugd; vermindering probleemgedrag bij jeugd; verhogen verkeersveiligheid. Uit deze onderwerpen blijkt overigens ook dat integraal veiligheidsbeleid raakvlakken heeft met jeugdbeleid, verslavingszorgbeleid en OGGZ-beleid.

#### **2.4.4 Milieubeleid**

Binnen het gemeentelijk milieubeleid bestaan kansen om met milieumaatregelen de gezondheid van inwoners positief te beïnvloeden of in ieder geval negatieve invloeden weg te nemen. De verontreiniging van het binnenmilieu (de luchtkwaliteit in woningen en gebouwen) heeft bijvoorbeeld veel te maken met leefstijl en gedrag van mensen en is daarmee bij uitstek onder te brengen bij LGB-maatregelen ten behoeve van het bevorderen van een gezonde leefstijl. In de Wcpv wordt de gemeente ook expliciet gevraagd aandacht te besteden aan milieu en gezondheid.

#### **2.4.5 Beleidsterreinen die invloed hebben op de gezondheidssituatie**

In bovenstaande paragrafen staat de relatie tussen beleidsterreinen en gezondheidsbeleid voor een aantal beleidsterreinen nader toegelicht. Echter ook andere terreinen zoals Ruimtelijke Ordening, Volkshuisvesting en Onderwijs kunnen van invloed zijn op de gezondheidssituatie en bij het opstellen van beleid op deze terreinen zou rekening gehouden moeten worden met het effect van bepaalde beslissingen op de gezondheid.

### **2.5 Doelstelling Lokaal gezondheidsbeleid**

Op basis van de visie op gezondheid, het wettelijke kader, en de overige beleidskaders is als doelstelling voor lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd:

Het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een goede gezondheid van de inwoners van de gemeente Geldrop-Mierlo, door waar mogelijk maatregelen te treffen ter bescherming tegen en preventie van gezondheidsproblemen/-bedreigingen. LGB richt zich met name op de factoren leefstijl, fysieke en sociale omgeving en kenmerkt zich door een integrale aanpak (facetbeleid).

## Hoofdstuk 3 Speerpunten voor de komende jaren

### 3.1 Kiezen van speerpunten

De gemeente staat voor de taak om in deze nota aan te geven op welke wijze zij de komende jaren wil inzetten op het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een goede gezondheid van haar inwoners. Om een goed beeld te krijgen op welke terreinen de gemeente winst kan halen, zijn diverse bronnen geraadpleegd.

Dit heeft veel informatie opgeleverd die betrekking heeft op een zestal elementen:

- Gemeentelijke aandachtspunten en thema's; (bijlage 1.)
- Evaluatie van de inhoudelijke speerpunten van de nota LGB 2004-2007 (bijlage 2.);
- De lokale situatie ten aanzien van de taken die zijn vastgelegd in de Wcpv (bijlage 3.);
- Gezondheidssituatie bevolking Geldrop-Mierlo (GGD – Gezondheidspeilingen) (bijlage 4.);
- Landelijk vastgestelde prioriteiten op het gebied van preventie (rijksbeleid) (Bijlage 5.);
- Signalen vanuit politiek, publieke opinie en maatschappelijk middenveld. (Uitspraken door raadsleden, subsidieverzoeken, projectvoorstellen van organisaties, nieuwsberichten etc.)

De gemeente heeft samen met de GGD Zuidoost-Brabant 32 thema's voorgelegd aan het Platform Lokaal gezondheidsbeleid. Hierbij is een onderverdeling gemaakt in vier groepen:

Aan de leden van het Platform is gevraagd om aan te geven welke van onderstaande thema's de komende beleidsperiode prioriteit moeten krijgen. Deze zijn in de tabel vetgedrukt.

<b>Gedrag / leefstijl</b>	
<b>1. Bewegingsstimulering</b>	<b>Prioriteit LGB en sportbeleid</b>
<b>2. Depressie</b>	<b>Prioriteit LGB</b>
<b>3. Schadelijk alcoholgebruik</b>	<b>Prioriteit Jeugdbeleid</b> Thema's integraal aanpakken
<b>4. Drugs</b>	
<b>5. Roken</b>	
<b>6. Gokken incl. pokeren</b>	
7. Gezonde voeding	Thema's integraal betrekken bij aanpak Bewegingsstimulering en Afstemming preventie - curatie (in 1 <sup>ste</sup> -lijn)
8. Overgewicht	
9. Diabetes	
10. Verantwoord medicijngebruik	Huidige aanpak garanderen (LGB)
11. SOA's / seksueel risicogedrag	Betrekken bij aanpak alcohol- en drugsgebruik
12. Mondgezondheid	-
<b>Fysieke omgeving</b>	
1. Technische hygiënezorg	Wettelijke taak handhaven; op dit moment geen extra aandacht nodig
2. Medisch milieukundige zorg	
3. Infectieziektebestrijding	
4. Ongevallen en letsels (incl. valpreventie ouderen)	Betrekken bij Afstemming preventie - curatie (in 1 <sup>ste</sup> -lijn) / CBO
<b>Sociale omgeving</b>	
<b>1. Lage Sociaal Economische Status</b>	<b>Prioriteit LGB en minimabeleid</b> doelgroep extra aandacht geven bij aanpak andere LGB-onderwerpen
<b>2. Overbelasting mantelzorg</b>	<b>Prioriteit LGB en WMO</b> Structureel aandacht geven
3. Beschikbaarheid zorggericht vrijwilligerswerk	Betrekken bij aanpak mantelzorgondersteuning
<b>4. Eenzaamheid / sociaal isolement</b>	<b>Prioriteit LGB en WMO</b>

5. Maaltijdvoorziening ouderen	Beide thema's betrekken bij aanpak eenzaamheid / sociaal isolement
6. Project Maatschappelijke Steunsystemen	
7. Sociale weerbaarheid diverse doelgroepen	Betrekken bij aanpak alcohol- en drugsgebruik en andere relevante thema's
<b>8. Visievorming OGGZ</b>	<b>Prioriteit WMO</b> Regionale aanpak volgen (centrumgemeente neemt initiatief)

<b>Gezondheidszorg</b>	
<b>1. Afstemming preventie – curatie (in 1<sup>ste</sup>-lijn)</b>	<b>Prioriteit LGB</b> Beide thema's zoveel mogelijk integraal oppakken
<b>2. Consultatiebureau voor ouderen</b>	
3. Toegang, bereikbaarheid en gebruik (zorg)voorzieningen	Huidige aanpak garanderen (LGB en WMO) Extra aandacht voor mogelijkheden lokaal loket
4. Chronische aandoeningen	Betrekken bij Afstemming preventie - curatie (in 1 <sup>ste</sup> -lijn) / CBO
5. Deelname bevolkingsonderzoeken	-
<b>6. Integratie jeugdgezondheidszorg</b>	<b>Prioriteit Jeugdbeleid</b>
<b>7. Opvoedingsondersteuning</b>	<b>Prioriteit Jeugdbeleid</b>
<b>Thema's overstijgend</b>	
<b>1. Facetbeleid / integrale aanpak</b>	<b>Prioriteit LGB</b> Gezondheidsaspecten nadrukkelijk meenemen en meewegen in andere beleidsterreinen en samenwerking tussen beleidsterreinen versterken

#### *Integrale aanpak*

Alle genoemde thema's bevatten aspecten die bij kunnen dragen aan een betere gezondheid van de bevolking van Geldrop-Mierlo. Een aantal thema's past echter ook, in meer of mindere mate, binnen de doelstellingen van andere beleidsterreinen zoals het Wmo-beleid en het jeugdbeleid.

Deze thema's zijn in deze nota wel meegenomen om vanuit Lokaal gezondheidsbeleid de relatie en het belang te verduidelijken dat er binnen de andere beleidsterreinen voldoende aandacht wordt besteed aan de gezondheidsaspecten van deze thema's. De aanpak van deze thema's vindt echter plaats vanuit de andere beleidsterreinen

### **3.2 Beschrijving van de speerpunten lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011**

Hoewel op een groot aantal thema's de komende beleidsperiode gezondheidswinst is te behalen, is het voor de gemeente onmogelijk om alle 31 beschreven thema's op te pakken. De ervaring heeft de afgelopen jaren geleerd dat alleen een gedegen, liefst integrale aanpak over een langere periode kan leiden tot gezondheidswinst. Dit leidt tot de volgende keuzes.

#### **1. Gezondheidsverschillen als gevolg van een lage sociaal economische status**

##### *Onderbouwing*

Het inkomen (van de ouders) geeft, naast opleidingsniveau en beroepsklasse, een indruk van de sociaal economische status (ses). Een lage ses is gerelateerd aan een gemiddeld kortere levensverwachting en een geringer aantal jaren dat in goede gezondheid wordt doorgebracht. Ook op de leefstijlfactoren scoren lage ses groepen ongunstiger; ze roken meer, eten minder groente en fruit en bewegen minder. Bovendien zijn de woon- en werkomstandigheden van lage ses groepen vaker

ongunstig. Deze mensen lopen op verschillende gezondheidsterreinen, bijv. overgewicht, depressie en sociaal isolement, een groter gezondheidsrisico dan mensen met een hoger inkomen.

#### *Gezondheidspeilingen*

In Geldrop-Mierlo kan een steeds grotere groep mensen niet of moeilijk rondkomen. Dit blijkt zowel uit de resultaten van de gezondheidspeilingen als uit signalen van organisaties die deze groep in beeld hebben. Toch ligt gemiddeld genomen het opleidingsniveau en inkomen van mensen iets hoger dan in de regio. Mogelijke verklaring is dat er in de gemeente grote verschillen zijn tussen arm en rijk. Ook is het mogelijk dat in Geldrop-Mierlo relatief meer mensen met een behoorlijk inkomen toch moeite hebben met rondkomen.

#### *Huidige situatie*

Op dit moment zijn er binnen de gemeente verschillende regelingen waar deze doelgroep gebruik van kan maken waaronder schuldhulpverlening. Hier wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt door gebrek aan informatie en versnippering van deze regelingen. Maar ook schaamte om er voor uit te durven komen speelt hierbij een grote rol.

#### *Doelstelling voor de aanpak gezondheidsverschillen als gevolg van lage ses:*

- De doelgroep mensen met een lage economische status speciale aandacht geven bij aanpak van de verschillende thema's zoals alcohol- en drugs, overgewicht, depressie, eenzaamheid, consultatiebureau voor ouderen.
- De bestaande regelingen in beeld brengen en onder de aandacht brengen van de doelgroep via sleutelfiguren die deze mensen in beeld hebben, zoals medewerkers jeugdgezondheidszorg, huisartsen, thuiszorg, ouderenadviseurs, maatschappelijk werkers e.d. Daarbij wordt extra aandacht besteed aan motivering (taboedoorbreking) en activering.

## **2. Overbelasting mantelzorg**

#### *Evaluatie beleidsperiode 2004 - 2007*

De afgelopen beleidsperiode zijn de knelpunten en mogelijkheden voor mantelzorgondersteuning in Geldrop-Mierlo in beeld gebracht. Een en ander staat verwoord in het onderzoeksrapport 'Mantelzorgondersteuning in Geldrop-Mierlo; nu en in de toekomst'. Draagvlak bij organisaties om bijdrage te leveren aan aanpak van deze knelpunten is aanwezig. De aanbevelingen zullen vervolgens verder moeten worden uitgewerkt door een 'tijdelijke' werkgroep onder regie van de gemeente.

#### *Gezondheidspeilingen*

Uit de resultaten van de laatste gezondheidspeilingen (2005: volwassenen en 2006: ouderen) blijkt dat in Geldrop-Mierlo ongeveer 10% van de 18-85 jarigen mantelzorg geeft. Ruim 1/3<sup>de</sup> van deze groep doet dit meer dan 3 maanden en minimaal 8 uur per week. Er is echter een duidelijke daling te zien in het totaal aantal mantelzorgers.

Binnen de WMO neemt de mantelzorger een erg belangrijke plaats in. De gemeente is verantwoordelijk voor een optimaal ondersteuningsaanbod voor deze groep (prestatieveld 4.).

#### *Conclusie*

Gezien de huidige stand van zaken, de resultaten uit de gezondheidspeilingen en het belang van dit onderwerp binnen de WMO (prestatieveld 4.) is het belangrijk dat dit onderwerp de komende beleidsperiode binnen lokaal gezondheidsbeleid (afgestemd op het WMO-beleid) structureel aandacht krijgt. Doelstelling daarbij is:

*Doelstelling voor de aanpak mantelzorgondersteuning:*

- Instellen van een werkgroep die uitvoering gaat geven aan de aanbevelingen uit het onderzoeksrapport 'Mantelzorgondersteuning in Geldrop-Mierlo; nu en in de toekomst'. Hierbij dient een relatie te worden gelegd met de beschikbaarheid van zorggericht vrijwilligerswerk en informele zorg (o.a. lotgenotencontact)

### **3. Eenzaamheid / sociaal isolement**

#### *Onderbouwing*

Eenzaamheid is een subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Veel factoren beïnvloeden het hebben van sociale relaties en de steun die men ontvangt, o.a.: persoonlijkheid, gezondheid, opleidingsniveau, stedelijkheid en levensfase.

#### *Evaluatie beleidsperiode 2004 - 2007*

De afgelopen beleidsperiode is zowel op regionaal als lokaal niveau uitvoering gegeven aan het voorkomen en doorbreken van eenzaamheid. Het *regionale project 'Eenzaamheid in beeld'* is geëvalueerd. Dit project was enerzijds gericht op het signaleren, motiveren en activeren van mensen in een sociaal isolement en anderzijds op het matchen van vraag en aanbod.

Het bijbehorende *lokale project 'Niemand staat alleen'* is in 2005 van start gegaan met financiële middelen van de gemeente en provincie. Het project is afgerond in oktober 2007 en geëvalueerd.

Bereikt resultaat:

- 50 'eenzamen' bereikt en doorgeleid
- groot aantal vrijwilligers en beroepskrachten getraind (270)
- huidig activiteitsaanbod is in beeld gebracht
- signalen- en routekaart ontwikkeld
- p.r. campagne uitgevoerd (folder en artikelenserie)
- het lokaal loket heeft zicht gekregen op de problematiek en is ingewerkt in de rol van aanmeldpunt

Op basis van deze eindevaluatie zal een advies voorgelegd worden over de voortgang en de wijze van implementeren van de succesvolle onderdelen binnen de bestaande werkzaamheden van organisaties (o.a. gemeente -lokaal loket- en andere organisaties).

#### *Gezondheidspeilingen*

Uit de gezondheidspeilingen volwassenen (2005) en senioren (2006) blijkt dat resp. 7% en 10% van deze groepen zich nog steeds (zeer) ernstig eenzaam voelt. Deze groep komt overeen met de regio, maar is sinds 1999 wel wat toegenomen. Van alle ouderen krijgt 5% in 2006 al hulp bij eenzaamheid en 5% wil wel hulp, maar krijgt deze nog niet. 20% zegt geen hulp te willen bij hun ervaren eenzaamheid.

In Geldrop-Mierlo komt het 'lokaal geïntegreerd' netwerktype (*wij kennen elkaar allemaal in de buurt en zorgen voor elkaar. Er komt altijd iemand kijken hoe het met mij gaat*), duidelijk minder voor dan in de regio (34% t.o.v. 39%). Ook behoren iets minder senioren tot een 'lokaal familie afhankelijk' netwerktype (*ik heb gelukkig familie in de buurt. Zij zullen zo nodig voor mij zorgen*). Het 'privacy gericht' netwerktype (*ik heb niet veel contact met mensen in de buurt, maar ik ben misschien altijd al te onafhankelijk*) komt in Geldrop-Mierlo duidelijk meer voor dan in de regio (10% t.o.v. 7%).

#### *Conclusie*

Het is belangrijk om de huidige aanpak van eenzaamheid ook de komende beleidsperiode te continueren. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Het blijft belangrijk om sleutelfiguren die dicht bij de doelgroep staan te zoeken en op te leiden.
- Leg bij aanpak eenzaamheid een relatie met het project maatschappelijke steunsystemen; dit project is nadrukkelijk gericht op het versterken van netwerken- sociale verbanden van mensen met een psychiatrisch / psychologisch ziektebeeld.
- Leg ook relatie met het thema Maaltijdvoorziening ouderen en stimuleer ook andere producten die ontmoeting uitlokken (dus bijv. het promoten van gezamenlijke eetpunten i.p.v. maaltijdbezorging)

aan huis) en stel deze mogelijkheden ook open voor andere doelgroepen met een beperkt sociaal netwerk.

- Zoek naar nieuwe activiteiten / producten waardoor mensen uit hun isolement worden gehaald.
- Probeer buurten nadrukkelijker bij dit project betrekken. Benut mogelijkheden integraal buurtbeheer. Steek daarbij in op het bevorderen van sociale veiligheid, waarbij buurtbewoners 'meer' aandacht besteden aan het welbevinden van hun medebuurtgenoten (WMO prestatieveld 1.)

*Doelstellingen voor de aanpak van eenzaamheid en sociaal isolement:*

- De lokale aanpak van het project 'Eenzaamheid in beeld' wordt op onderdelen gecontinueerd.
- De succesvolle onderdelen worden geïmplementeerd binnen de reguliere werkzaamheden van de diverse organisaties met een centrale rol voor Loket van A tot Z. (De betrokken regionale organisaties voor de kern Mierlo (GGZ, GGD, MEE, De Zorgboog en Savant) hebben hiervoor al toezeggingen gedaan.)
- Relaties leggen met andere projecten / activiteiten die risicogroepen in beeld hebben (bijv. maatschappelijke steunsystemen) of kunnen krijgen (bijv. buurtbeheer) of met projecten die ontmoeting uitlokken (bijv. gezamenlijke eetpunten)

#### **4. Depressie**

##### *Onderbouwing*

Per jaar lijden 737.000 volwassenen in Nederland aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. Depressie kenmerkt zich door een duidelijk verminderde algemene interesse het grootste gedeelte van de dag, gedurende minimaal twee weken. Daarnaast beïnvloeden andere klachten iemands functioneren, zoals slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, angsten en piekeren over de dood. Depressie is ook na herstel niet altijd voorgoed weg: iemand die depressief is geweest kan dat gemakkelijk weer worden. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. Veel mensen met depressieve klachten ervaren een drempel naar de hulpverlening uit angst voor stigmatisering.

In Nederland zijn de laatste jaren allerlei methoden beschikbaar gekomen om depressie bij jongeren, volwassenen en ouderen te voorkomen. Internationaal gezien loopt Nederland hiermee voorop. Behalve geïndiceerde preventie komen steeds meer programma's beschikbaar voor het versterken van de psychische weerbaarheid en opvoedingsondersteuning.

##### *Gezondheidspeilingen*

Uit gegevens van de volwassenenmonitor 19 t/m 64 jarigen 2005 van de GGD Zuidoost-Brabant blijkt dat ongeveer 1 op de 5 volwassenen in de gemeente Geldrop-Mierlo zich psychisch ongezond voelde. De psychische ongezondheid komt vooral tot uiting in het niet gelukkig zijn en zich niet kalm en rustig voelen.

##### *Conclusie*

Depressie behoeft de komende beleidsperiode extra aandacht. Dit sluit aan op het Rijksbeleid.

Aandachtspunten daarbij zijn:

- Leg bij aanpak een relatie met het gegeven dat de prestatiedruk op mensen in onze maatschappij erg hoog is en ook nog steeds toeneemt.
- Leg ook een relatie met aanpak eenzaamheid, bewegingsstimulering, lage SES, het versterken van afstemming preventie en curatie 1<sup>ste</sup> lijn en Consultatie Bureau voor ouderen.

*Doelstellingen voor de aanpak van depressie zijn:*

- Het verzamelen van gegevens in samenspraak met de lokale en regionale verantwoordelijke partijen.
- Het bevorderen van de regionale en lokale ketensamenwerking tussen de verantwoordelijke partijen waardoor meer mensen preventieve hulp krijgen.
- Tegengaan van (angst voor) stigmatisering waardoor de drempel naar de hulpverlening kleiner wordt.
- Inzetten op en een groter bereik van de bewezen effectieve interventies.

Hierbij zal de regionale aanpak worden gevolgd waartoe de GGD ZO-Brabant initiatief neemt.

## **5. Bewegingsstimulering**

### *Evaluatie beleidsperiode 2004 - 2007*

De afgelopen beleidsperiode hebben de volgende projecten (in)direct een bijdrage geleverd aan bewegingsstimulering:

- Sportspecials jongerenwerk
- Kidssport
- Project 'Beweegadvies op maat' voor ouderen; Het onderzoek is in 2007 gestart met drie opeenvolgende enquêtes en daarop gebaseerde persoonlijke adviezen. Het onderzoek loopt nog door tot 2008. Er hebben inmiddels 397 50-plussers deelgenomen aan het project waarmee Geldrop-Mierlo het grootste aantal deelnemers heeft van de 9 deelnemende gemeenten.

### *Gezondheidspeilingen*

In Geldrop-Mierlo spelen minder kinderen (tot 11 jaar) dagelijks buiten dan in de rest van de regio (50% t.o.v. 57%). 38% van deze groep kinderen is geen lid van een sportvereniging (regio idem) en 17% wordt meestal met auto naar school gebracht.

Van de jongeren van 12 – 17 jarigen sport 22% minder dan 1x per week (regio idem). Van de volwassenen (18-65 jarigen) bewegen meer mensen dan in rest van de regio. Zo voldoet in Geldrop-Mierlo 27% van deze groep niet aan de Nederlandse Norm Gezond bewegen terwijl dit in de regio 36% is. Bijna 40% is lid van een sportvereniging.

Van de senioren voldoet 35% niet aan de Nederlandse Norm Gezond bewegen.

### *Conclusie*

Hoewel op dit moment al diverse projecten plaatsvinden en de resultaten uit de gezondheidspeilingen zeker niet ongunstig zijn, is het van groot belang om ook de komende beleidsperiode aan dit onderwerp extra aandacht te besteden. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Bewegen is het beste medicijn voor menig gezondheidsprobleem zoals *overgewicht* en *diabetes*, *depressie*, hart- en vaatziekten, *chronische aandoeningen* zoals COPD etc.
- Mensen met een laag inkomen kunnen gebruik maken van regeling(en) ter bevordering van sportparticipatie. Het geld hiervoor is beschikbaar maar hiervan wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt.
- Leg bij de aanpak van dit onderwerp een relatie met o.a. *overgewicht / diabetes*, *Consultatie bureau voor ouderen*, *depressie*, *eenzaamheid*, *chronische aandoeningen e.d.*

*Doelstellingen voor de aanpak van bewegingsstimulering:*

- Het aanbieden van projecten voor alle leeftijdsgroepen om nog meer mensen te stimuleren / motiveren om meer te gaan bewegen
- Het faciliteren van mogelijkheden om meer te bewegen; bijv. door als gemeente te zorgen voor voldoende gemeentelijke (sport)voorzieningen en financiële ondersteuning van mensen met een laag inkomen.

## **6. Het versterken van afstemming preventie en curatie in de 1<sup>ste</sup> lijn, incl. Consultatiebureau voor ouderen**

### *Evaluatie beleidsperiode 2004 - 2007*

Op verzoek van seniorenraden en ouderenbonden heeft de gemeente begin 2007 de GGD gevraagd om een advies uit te brengen ten aanzien van de wenselijkheid en haalbaarheid van een consultatiebureau voor ouderen in Geldrop / Mierlo.

De resultaten zijn onlangs voorgelegd aan de gemeente. In de rapportage is ook gekeken naar andere methodieken om de preventie en vroegsignalering van ouderdomsklachten en –aandoeningen te verbeteren. Daarbij is een relatie gelegd met de mogelijkheden voor 'Afstemming preventie en curatie (binnen de 1<sup>ste</sup> lijn)'. Ideeën daarbij zijn om te komen tot:

- Opstellen programma's om risicopatiënten (nog niet in beeld bij 1<sup>ste</sup> lijn) op te sporen m.b.v. voorlichting en eenvoudige testjes en vervolgens door te geleiden naar de 1<sup>ste</sup> lijnszorg (huisarts, praktijkondersteuner, AMW, sociaal verpleegkundigen thuiszorg of GGZ e.d.)

Ziektebeelden en bijbehorende risicofactoren die hiervoor in aanmerking komen zijn:

- Psycho-geriatrische aandoeningen (depressie, dementie, eenzaamheid e.d.)
- Botbreuken a.g.v. valincidenten

Ziektebeelden en bijbehorende risicofactoren die op dit moment al aandacht hebben van huisartsen / praktijkondersteuners, zijn:

- COPD (bewegen, roken e.d.)
- Cardiovasculaire aandoeningen (overgewicht, voeding, bewegen)
- Diabetes (overgewicht, bewegen)
- Osteoporose

### *Conclusie*

Dit thema behoeft de komende beleidsperiode extra aandacht. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Onderzoek in hoeverre andere methodieken kunnen worden ingezet om meer aandacht te besteden aan preventie en vroegsignalering van ouderdomsklachten / problemen.
- Leg een relatie met de zgn. DBC's (= Diagnose Behandelings Concepten) voor diverse aandoeningen die in de thuiszorg worden gebruikt en met organisaties in de 2<sup>de</sup> lijn (o.a. Annaziekenhuis)
- Onderwerpen die hiermee relatie hebben zijn depressie, eenzaamheid, overgewicht en diabetes, bewegingsstimulering, verantwoord medicijngebruik, chronische ziekten, valpreventie e.d.

### *Mogelijke doelstellingen voor het versterken van afstemming preventie en curatie in de 1<sup>ste</sup> lijn (incl. consultatiebureau voor ouderen):*

- Draagvlak creëren binnen de 1<sup>ste</sup> lijn om patiënten te attenderen op het belang van een gezonde leefwijze en een bijdrage te leveren aan programma's om risicopatiënten (nog niet in beeld bij 1<sup>ste</sup> lijn) op te sporen m.b.v. voorlichting en eenvoudige testjes.
- Het vergelijken van de verschillende methodieken (o.a. consultatiebureau voor ouderen) die kunnen worden ingezet om meer aandacht te besteden aan preventie en vroegsignalering van ouderdomsklachten / problemen en het uitwerken en uitvoeren van de meest geschikte methodiek.

### **3.3 Onderwerpen die geen extra aandacht nodig hebben, maar waarvan de huidige aanpak moet worden gegarandeerd en/of op onderdelen kan worden verbeterd**

#### **1. Toegang, bereikbaarheid en gebruik (zorg)voorzieningen met centrale rol voor lokaal loket**

##### *Gezondheidspeilingen*

Uit gezondheidspeilingen blijkt dat de situatie in laatste jaren duidelijk verbeterd. Tevredenheid van de burger wat betreft de aanwezigheid en de dienstverlening van voorzieningen is op meerdere fronten (huisarts, apotheek, tandarts e.d....) duidelijk toegenomen.

##### *Aandachtspunten m.b.t. Loket van A tot Z*

- Het loket kan een belangrijke rol spelen in het verstrekken van informatie over de aanwezige voorzieningen en het verlagen van de drempels voor mensen om hiervan ook daadwerkelijk gebruik te maken (bij Loket van A tot Z wordt in principe niet de cliënt maar de vraag doorgeleid).
- Een groot aantal burgers de weg naar het loket toch nog niet weet te vinden.
- De beeldvorming is nog niet juist; veel mensen zijn nog niet op de hoogte van het feit dat het loket AtotZ veel meer te bieden heeft dan informatie en advies over WMO-voorzieningen en huishoudelijke zorg en dat alle doelgroepen (dus niet alleen ouderen) hier hun vragen kunnen stellen.
- De drempel kan nog lager worden gemaakt door meer huisbezoeken af te leggen.
- De verbinding tussen loket en de vele (zorg)organisaties in de back-office kan nog worden verbeterd.

#### **2. Verantwoord medicijngebruik**

##### *Gezondheidspeilingen*

In Geldrop-Mierlo gebruiken meer volwassenen en senioren medicijnen zonder recept van de arts dan in de regio. (volwassenen 24% t.o.v. 21% en senioren 40% t.o.v. 35%).

Van de senioren ervaart **14%** minimaal 1 probleem met het eigen medicijngebruik, maar deze groep is duidelijk kleiner geworden t.o.v. 2001 (Geldrop 22% - Mierlo 17%)

##### *Aandachtspunten*

- Risico's van het eigenhandig combineren van voorgeschreven en vrij verkrijgbare medicijnen
- Het gegeven dat veel medicijnen in de vuilnisbak verdwijnen
- Steeds meer medicijnen zijn via internet vrij verkrijgbaar.

#### **3. Wettelijke taken die door gemeente aan GGD zijn opgedragen**

Het milieu heeft steeds meer invloed op onze gezondheid. De GGD geeft daarom in opdracht van de gemeente invulling aan *medisch milieukundige zorg*. Ook n.a.v. vragen en klachten van organisaties (o.a. woningbouwverenigingen) en burgers kan de GGD hiervoor worden ingezet.

Het is belangrijk dat deze taak blijft gehandhaafd, maar extra aandacht is op dit moment niet nodig. Dit geldt ook voor de *infectieziektenbestrijding, technische hygiënezorg en de organisatie van bevolkingsonderzoeken*.

### **3.4 Onderwerpen die geen extra aandacht nodig hebben, maar wel kunnen worden meegenomen bij andere speerpunten**

#### **1. Gezonde voeding, overgewicht en diabetes**

Deze onderwerpen hebben nadrukkelijk met elkaar te maken. In de landelijke preventienota (Rijksbeleid) zijn ze ook nadrukkelijk als speerpunt benoemd. Volgens de aanwezigen ligt het voor de hand om ze mee te nemen bij de aanpak van eerder genoemde prioriteiten zoals bewegingsstimulering en het versterken van preventie en curatie in de 1<sup>ste</sup> lijn / Consultatie Bureau voor Ouderen.

#### **2. Ongevallen en letsels en chronische aandoeningen**

Ook deze onderwerpen kunnen worden betrokken bij het versterken van preventie en curatie in de 1<sup>ste</sup> lijn / Consultatie Bureau voor Ouderen. Zo kan valpreventie bij ouderen hierbij worden meegenomen.

#### **3. SOA's / seksueel risicogedrag**

Niet gestickerd maar wel van belang om te betrekken bij aanpak alcohol- en drugsproblematiek jongeren.

### **3.5 Onderwerpen die hoog zijn geprioriteerd maar moeten worden opgepakt door andere beleidsterreinen**

#### **1. Alcohol- en drugsgebruik en andere verslavingsvormen**

##### *Evaluatie beleidsperiode 2004 - 2007*

De gemeente neemt sinds 2006 deel aan regionaal alcoholmatigingsproject van de SRE 'Laat je niet flessen'. Dit project richt zich m.n. op een regionale aanpak t.a.v.:

- bewustwording ouders
- versterken regelgeving door gemeenten
- versterken mogelijkheden handhaving politie en VWA

De gemeente maakt zoveel mogelijk (lokaal) gebruik van regionale producten en ideeën zoals:

- diverse publicaties in media (o.a. over resultaten onderzoek ouders, alcoholverstreking -16 verkooppunten, onderzoek alcoholgerelateerde ongelukken bij EHBO- en huisartsenposten)
- brief met brochure voor ouders van 10-12 jarigen
- verspreiding affiches verkooppunten
- controle op naleving alcoholgrenzen door horeca en supermarkten

Daarnaast heeft de gemeente een onderzoek uitgevoerd naar coffeeshops in Geldrop-Mierlo. In het onderzoek staan twee zaken centraal namelijk of en in hoeverre een coffeeshop bijdraagt in preventie van drugsgebruik onder de doelgroep 12-16 jarigen en of en in hoeverre een coffeeshop betere mogelijkheden tot handhaving biedt.

Een beslisdocument op basis waarvan de gemeenteraad een besluit neemt over het wel of niet toestaan van een coffeeshop in onze gemeente wordt medio januari verwacht.

##### *Gezondheidspeilingen*

- In Geldrop-Mierlo wordt door jongeren (12-17jaar) minder *alcohol* gedronken dan in de regio, maar meer dan landelijk.. Zo drinkt 4% meer dan 20 glazen per week (regio:6% en landelijk 3%).
- Het *drugsgebruik* lijkt in Geldrop-Mierlo wel weer groter dan in de regio. In 2003 gebruikte 5% van 12-19 jarigen wiet / hasj (regio 4%). In de kern Geldrop werd het meeste gebruikt (7%; Mierlo 3%). De overige middelen worden vrijwel niet genoemd. In Geldrop-Mierlo zeggen ook meer jongeren dan in de regio dat een paar, of de meeste van hun vriend(inn)en, drugs gebruiken (een paar: 16% t.o.v. 11%, de meesten: 2% t.o.v. 1%). 2,3% van de 12-17 jarigen zegt meer dan 1x per maand een coffeeshop te bezoeken.

- De groep *rokers* is in Geldrop-Mierlo duidelijk groter dan in de regio. (**32%** t.o.v. 27%). In de regio is sprake van een afname van 35% (1999) naar 27% (2005). In Geldrop-Mierlo is deze afname niet zichtbaar.
- In Geldrop-Mierlo werd in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek door **6%** van de jongeren *gegot* (kern Geldrop: 6% - kern Mierlo: 4%). Dit is dubbel zoveel als in de rest van de regio (3%).

### *Conclusie*

De onderwerpen alcohol- en drugsgebruik, roken en gokken (incl. pokeren) en internetgebruik verdienen ook de komende beleidsperiode extra aandacht binnen jeugdbeleid. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Thema's zoveel mogelijk integraal op te pakken.
- Gokken, pokeren en internetverslaving in Geldrop-Mierlo extra aandacht te geven. Gokken komt bij de jeugd veel meer voor dan in de regio.
- Bij de aanpak zeker ook aandacht te besteden aan het *vergroten van de sociale weerbaarheid* van de betreffende doelgroepen; het is belangrijk om projecten zoals Marietje Kessels en Leefstijl, op scholen te blijven stimuleren en nog meer aandacht te besteden aan sociale vaardigheidstrainingen voor risicogroepen zoals kinderen met pestervaringen.
- Ook aandacht voor *opvoedingsondersteuning en seksueel risicogedrag* is bij aanpak van groot belang.

Naast jongeren wordt voor dit thema ook aandacht gevraagd voor andere doelgroepen zoals mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychische of psychiatrische aandoening.

## **2. Opvoedingsondersteuning**

### *Evaluatie beleidsperiode 2004 - 2007*

De gemeente heeft het versterken van het aanbod van opvoedingsondersteuning 4-12 jarigen benoemd als speerpunt voor jeugdbeleid. Het infopunt van de GGD wordt ingevuld door de verpleegkundige van GGD-JGZ voor 150 uur per jaar. De gemeente stelt hiervoor extra middelen beschikbaar. Het aantal bezoeken is van 2004 tot 2006 toegenomen van 60 naar 150. Het betreft vooral adviserende gesprekken. Bij 25% van de gevallen is sprake van doorverwijzing naar o.a. bureau jeugdzorg of psycholoog GGD. De meeste problemen betreffen 'problemen kind' gecombineerd met problemen in gezinssituatie.

### *Gezondheidspeilingen*

- 51% van de ouders heeft in 2005 soms tot vaak problemen bij de opvoeding. In de regio is een stijging te zien van 43% naar 46%. Deze trend lijkt in Geldrop-Mierlo ook te bestaan (44% in 1999, 51% in 2005). 4% ervaart vaak problemen. Dit betreft vooral 'luisteren en gehoorzamen' en 'het houden aan of stellen van regels'
- 19% heeft hiervoor afgelopen jaar hulp of advies gevraagd. Meest genoemd zijn consultatiebureau (9%), gevolgd door psycholoog / psychiater / orthopedagoog (5%), bureau jeugdzorg (4%). GGD-jeugdarts, GGZ en schoolmaatschappelijk werk scoren elk 2%.
- **7%** heeft op het moment van onderzoek behoefte aan professionele ondersteuning. Dit is meer dan in regio (5%) maar minder dan in 1999 (9%). Deze groep ouders heeft vooral behoefte aan persoonlijke begeleiding door een deskundige hulpverlener. Ook de huisarts wordt hierbij veel genoemd.

### *Conclusie*

Het onderwerp opvoedingsondersteuning verdient ook de komende beleidsperiode extra aandacht binnen jeugdbeleid. Aandachtspunten daarbij zijn:

- Onderzoek de mogelijkheid om projecten op te zetten waarbij getrainde vrijwilligers ouders / verzorgers in een vroeg stadium en op een praktische manier kunnen ondersteunen bij de opvoeding. Voorbeeld hiervan is Homestart (soort buddyproject van Humanitas)

- Durf nog meer bij ouders achter de voordeur te kijken. MEE heeft hiervoor al mogelijkheden, maar het blijft erg moeilijk om medewerking van ouders te krijgen
- Neem opvoedingsondersteuning nadrukkelijk mee bij de aanpak van andere thema's zoals *alcohol- en drugsgebruik* en *voeding en overgewicht*.
- Geef hierbij ook de *sociale weerbaarheid* van ouders een plaats. Ouders vinden het erg lastig om grenzen te stellen en nee te verkopen aan hun kind.

### **3. Integratie jeugdgezondheidszorg**

#### *Evaluatie beleidsperiode 2004 - 2007*

Momenteel wordt gewerkt aan een aaneengesloten net van lokale en regionale voorzieningen en afstemming van beleid 0-19 jarigen zorg met overige beleidsterreinen zoals kinderopvang, peuterspeelzaalwerk, onderwijs, openbare gezondheidszorg, inburgeringbeleid etc. GGD, Zorgboog en Zuidzorg hebben een convenant afgesloten, waarin samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd ter verbetering van de zorg voor 0-19 jarigen.

In dit kader wordt gewerkt aan het stimuleren, opzetten van brede scholen. Daarnaast zijn de eerste stappen gezet om te komen tot de implementatie van het zorgsignaleringsstelsel 'Zorg voor Jeugd'. Dit is een instrument om de sluitende keten rondom jeugdigen verder vorm te geven. Dit instrument biedt de mogelijkheid om signalen met betrekking tot risicojongeren vast te leggen daarnaast wordt vormgegeven aan de zorgcoördinatie rondom een bepaalde (risico)jongere. In 2008 wordt het zorgsignaleringsstelsel geoperationaliseerd. De gemeente Geldrop-Mierlo heeft structureel middelen ter beschikking gesteld voor het stelsel.

In regionaal verband wordt samengewerkt om te komen tot de implementatie van het elektronisch kinddossier.

#### *Conclusie*

Het onderwerp verdient ook de komende beleidsperiode extra aandacht binnen jeugdbeleid.

Aandachtspunten daarbij zijn:

- Versnippering van zorgaanbieders tegengaan
- Invoering Elektronisch Kind Dossier (=EKD)

### **4. Visievorming OGGZ**

#### *Evaluatie beleidsperiode 2004 - 2007*

In 2006 hebben GGD en PON voor alle regiogemeenten een adviesnota en stappenplan geschreven voor gemeenten om invulling te geven aan regiefunctie.

De GGD heeft in 2006 in opdracht van gemeente ook een lokale notitie geschreven. Deze notitie geeft inzicht in het ondersteuningsaanbod in 2006, de belangrijkste knelpunten en kansen voor verbetering en het draagvlak bij organisaties om bijdrage te leveren aan aanpak van deze knelpunten.

Bevindingen zijn in 2006 voorgelegd aan gemeente en de betrokken organisaties, in een discussiebijeenkomst. Advies / aanbevelingen zijn vervolgens voorgelegd aan de gemeente (zie notitie). Gemeente heeft hier nog geen vervolg aan gegeven i.v.m. de invoering van de WMO (OGGZ is hierin een prestatieveld). OGGZ wordt in de WMO vaak gebundeld met de prestatievelden 7 en 8.

#### *Conclusie*

Voor OGGZ heeft de centrumgemeente Eindhoven inmiddels een kartrekkersrol om te zorgen voor regionale afstemming en voor een eerlijke inzet van de centrumgelden. De gemeente Geldrop-Mierlo neemt deel aan dit overleg en volgt de regionale lijn. OGGZ wordt daarom niet meer opgenomen in deze lokale beleidsnota.

### **3.6 Aandachtspunten met hoge prioriteit die alle andere onderwerpen overstijgen**

#### **1. Facetbeleid/Integraal gezondheidsbeleid**

In facetbeleid (ook wel integraal gezondheidsbeleid genoemd) wordt het aspect gezondheid meegenomen en meegewogen in beleid op andere terreinen dan de volksgezondheid. Het gaat hier o.a. om de beleidsterreinen openbare orde en veiligheid, milieu, sport, onderwijs en sociale zekerheid. Het is dus beleid dat buiten de strikte volksgezondheids sfeer valt, maar waarbij toch sprake is van het voorkomen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van gezondheid. Om integraal gezondheidsbeleid te bereiken is het van belang dat de samenwerking tussen verschillende ambtenaren binnen de gemeente wordt geïntensiveerd.

Doelstelling voor de ontwikkeling van facetbeleid is:  
*Intensiveren van de samenwerking tussen verschillende beleidsambtenaren binnen de gemeente.*

## **2. Aandacht voor alle doelgroepen**

Ga bij aanpak van elk onderwerp na welke doelgroepen extra risico lopen.

Mogelijke doelgroepen zijn: mensen met beperking (verstandelijk en/of lichamelijk), mensen met lage ses, allochtonen, (ex)-psychiatrische patiënten e.d.

Onderwerpen met mogelijke risicogroepen zijn: relaties / seksualiteit, overgewicht, eenzaamheid, depressie, verslaving e.d.

## Hoofdstuk 4 Huidige werkwijze

### 4.1 Organisatie- en uitvoeringsstructuur

De gemeenteraad heeft in 2004 de nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2004-2007 vastgesteld. De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van deze nota, maar werkt daarbij nauw samen met andere partijen. Ten behoeve van een goede uitvoering en afstemming wordt gebruik gemaakt van onderstaand samenwerkingsverband.

### 4.2 Platform Lokaal Gezondheidsbeleid

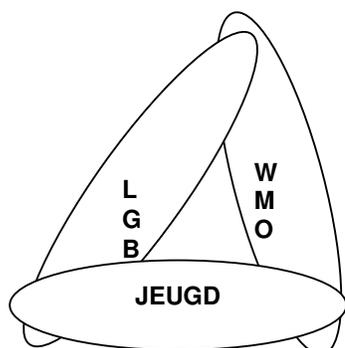
Het platform Lokaal Gezondheidsbeleid komt regelmatig bijeen. Daarnaast worden werkgroepen geformeerd die belast worden met een project en veel intensiever overleg hebben. In deze werkgroepen zijn de projecten mantelzorg en eenzaamheid uitgewerkt tot concrete projecten. Belangrijke informatiebron hierbij zijn de gezondheidsspelingen van de GGD. Dit heeft ertoe geleid dat een aantal nieuwe projecten zijn opgezet zoals consultatiebureau voor ouderen. Deelnemers aan het platform lokaal gezondheidsbeleid zijn: GGD, BWI, Ananz, Senioren Belangen Geldrop-Mierlo, huisartsen, Savant, vertegenwoordiger Jeugd, De Sprong, GGzE, Ontmoetingscentrum Buitenlandse Vrouwen, Zuidzorg en de gemeente. Afhankelijk van het onderwerp worden ook andere organisaties uitgenodigd. Initiatief/uitvoering: gemeente

### 4.3 Thema's en projecten

Op basis van de nota en de gestelde prioriteiten zullen jaarlijks activiteitenprogramma's opgesteld worden waarin concreet vertaald wordt welke projecten en activiteiten uitgevoerd gaan worden en wie dat gaat doen. Daarbij worden de keuzes bepaald door beschikbare menskracht en financiën. Uitvoering gebeurt meestal in samenwerking met meerdere partijen. In de gemeentebegroting is een structureel bedrag opgenomen van € 15.878,- per jaar ter bekostiging van projecten.

### 4.4 Organisatiestructuur (LGB t.o.v. WMO, jeugd e.d)

Het lokaal gezondheidsbeleid heeft raakvlakken met veel verschillende beleidsterreinen. De belangrijkste zijn de Wmo en het jeugdbeleid. Op bepaalde gebieden is een overlap tussen die beleidsterreinen te zien.



Daar waar sprake is van overlap, bijv. bij LGB en jeugdbeleid m.b.t. het onderwerp alcohol en drugs bij jongeren, zal op dat moment worden afgesproken welk beleidsterrein verantwoordelijk is voor de beleidsontwikkeling en uitvoering.

#### **4.5 Uitvoeringsprogramma / werkplannen**

Jaarlijks zal door het college in samenspraak met het platform Lokaal Gezondheidsbeleid een activiteitenplan worden opgesteld en ter kennis gebracht worden van de gemeenteraad.

#### **4.6 Evaluatie beleidsnota 2008 - 2011**

In 2011 zal de nota geëvalueerd worden ten behoeve van de opstelling van de nota LGB 2012-2015

## Hoofdstuk 5. Voorwaarden uitvoering gezondheidsbeleid

### 5.1 Draagvlak

Voor een mogelijk succesvol verloop van lokaal gezondheidsbeleid is het noodzakelijk dat aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. De belangrijkste van deze voorwaarden is ongetwijfeld het draagvlak. (Zie hoofdstuk 4)

Zonder een breed draagvlak bij zowel de vrijwilligersorganisaties en de professionele instellingen als de plaatselijke politiek is het onmogelijk invulling te geven aan bevordering van de gezondheid van de inwoners van Geldrop-Mierlo. Daarnaast zijn de volgende elementen van belang:

### 5.2 Budget en formatie

Instemmen met de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid heeft consequenties voor de concrete inzet van tijd en geld, menskracht en deskundigheid. Daarvoor zal tenminste aan de volgende voorwaarden tegemoetgekomen dienen te worden:

- ✓ handhaven van het bestaande, gemeentelijk subsidiebudget van € 15.811,- exclusief jaarlijkse index per 2007;
- ✓ verwerven van aanvullende subsidies via de rijksoverheid en landelijke fondsen; (de beschikbare financiële middelen zullen bepalend zijn voor de daadwerkelijke aanpak van het aantal nader te benoemen gezondheidsknelpunten)
- ✓ inzetten van formatie-uren 'Advisering LGB' door de GGD Brabant-Zuidoost: structureel minimaal 3 uur per week, zo mogelijk aangevuld met extra maatwerkuren uit het basispakket van de GGD;
- ✓ inzetten van formatie-uren door welzijnsinstelling, maatschappelijk werk, Novadic-kentron, GGZ e.d. voor de opzet en ondersteuning van gezondheidsactiviteiten en gezondheidsprojecten;
- ✓ inzetten van (formatie-)uren door vrijwilligersorganisaties en welzijns- en zorginstellingen voor het uitvoeren van gezondheidsactiviteiten;
- ✓ inzetten van formatie-uren door de gemeente: structureel minimaal 4 uur per week voor het ontwikkelen van gezondheidsbeleid en gezondheidsprojecten en activiteiten en de begeleiding en ondersteuning van het platform Lokaal Gezondheidsbeleid Geldrop-Mierlo.