

“Een gezonde stad!”

**Gemeentelijk Gezondheidsbeleid in Hengelo
2005 tot 2008**

“Een gezonde stad!”

Gemeentelijk Gezondheidsbeleid in Hengelo 2005 tot 2008

Inleiding

De gemeente Hengelo is in 2003 gestart met het opstellen van een inventarisatie en analysedocument ten behoeve van een tweede nota gezondheidsbeleid.

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid stelt, vanaf 2003, een nota gezondheidsbeleid verplicht. Het belang van gemeentelijk gezondheidsbeleid is groot. Het blijkt dat sociaal-economische gezondheidsverschillen in de Westerse landen eerder toenemen dan afnemen ook blijft de levensverwachting van Nederlanders achter bij die van ons omringende landen.

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid markeert in principe de gemeentelijke taken en bevoegdheden op het terrein van de gezondheidszorg. Wanneer de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) van kracht wordt, zal de verantwoordelijkheid voor een deel van de extramurale zorg naar de gemeenten gaan. Hiermee krijgt de gemeente een nog directere taak en daarnaast ook een financieel belang bij goed gezondheidsbeleid en preventie. Immers hoe gezonder mensen zijn, hoe minder ze een beroep hoeven te doen op zorgvoorzieningen. De WMO zal gefaseerd worden ingevoerd. Per 1-1-2006 zal naar verwachting de Wvg, de Welzijnswet en de enkelvoudige huishoudelijke zorg onder de werking van de WMO worden gebracht. Verdere invoering wil de 2^e Kamer af laten hangen van de resultaten van diverse pilots en proeftuinen in het land. Overigens zijn de VNG en het ministerie nog druk in gesprek met elkaar over de voorwaarden waaronder een en ander zou moeten worden uitgevoerd. Ook moeten de 2^e en 1^e Kamer nog beslissen over de wet.

De GGD is voor de gemeente een belangrijke dienst met betrekking tot het gezondheidsbeleid en de informatiebron over de feitelijke gezondheidssituatie van de inwoners van de gemeente. Deze functies zouden we in de toekomst als gemeente actiever kunnen benutten.

Deze notitie “Een gezonde stad” is het slotstuk van een lang traject van beleidsontwikkeling. Allereerst is de startnotitie gezondheidsbeleid in de gemeente Hengelo opgesteld. Vervolgens is er een uitgebreid inventarisatie- en analysedocument geschreven. Dit document bestaat uit een uitgebreide analyse van gegevens en cijfers, maar is ook gebaseerd op een enquête die ingevuld is door een groot aantal externe organisaties in Hengelo en door de verschillende diensten en afdelingen binnen de gemeente. Daarnaast beschikken we ook over de Twentse deelnota gezondheidsbeleid. De acties die daar uit voortvloeien staan beschreven op pagina 77 en 78 van het inventarisatie-analyse document.

In deze notitie “Een gezonde stad” zijn de conclusies van deze voorgaande documenten verwerkt tot een aantal speerpunten voor de gemeente Hengelo. In het uitvoeringsplan “specifiek gezondheidsbeleid Hengelo 2005” worden de actiepunten voor het komende jaar beschreven.

Situatie

Landelijk blijkt dat er een toename is van de sociaal economische gezondheidsverschillen. De gezondheid van bepaalde bevolkingsgroepen wijkt in ongunstige zin af. Het blijkt dat het verschil in levensjaren en gezonde levensjaren tussen welgestelde en minder welgestelde 3,5 jaar respectievelijk 12 jaar is. Deze situatie geldt ook voor Hengelo.

In Nederland is hart-vaatziekten nog steeds de voornaamste doodsoorzaak. Door middel van preventie en verbetering van de leefstijl is er echter op dit punt veel gezondheidswinst te behalen. Verder laten de cijfers zien dat de ziekten van de ademhalingsorganen aandacht behoeven. Voor verbetering op dit punt moeten we ons richten op de omgeving (medische milieukunde, luchtkwaliteit) en leefstijl (roken). Het blijkt dat feitelijk voor alle leeftijdsgroepen (jongeren, ouderen en volwassenen) meer aandacht voor de leefstijl (roken, alcohol, overgewicht en bewegen) cruciaal is voor een betere gezondheid.

Uit de inventarisatie blijkt dat Hengelo het zowel in Twents als in Nederlands verband in vergelijking tot steden van gelijke grootte ‘niet bar slecht doet’ wat gezondheid betreft.

Belangrijke redenen om meer aandacht te besteden aan de gezondheid van de inwoners van Hengelo zijn:

- Mensen worden ouder
- Mensen leven hierdoor een groot aantal jaren met beperkingen en een als niet-goed ervaren gezondheid
- Gezondheidsverschillen als gevolg van sociaal economische verschillen nemen eerder toe dan af
- Grote gezondheidslasten ontstaan door voedingswijze, gebrek aan beweging, roken en andere genotmiddelen, psychosociale problemen.

Doelstelling

De gemeentelijke doelstelling is, in aansluiting op het landelijke beleid, het handhaven en/of bevorderen van een optimale gezondheid van de inwoners van Hengelo. In algemene zin betekent dit dat vermijdbaar verlies van gezonde levensjaren en vermijdbare sterfte moet worden teruggedrongen.

De gemeente wil op basis van deze doelstelling met name een bijdrage leveren aan:

- het verhogen van de kwaliteit van leven van de inwoners van Hengelo vanuit de optiek van volksgezondheid;
- het verminderen van bestaande ongelijkheden in kansen op gezondheid.

Speerpunten voor Hengelo

Rekening houdend met alle gegevens en opmerkingen die in het kader van het inventarisatie en analysedocument zijn verzameld, kunnen er drie speerpunten van het lokale gezondheidsbeleid in Hengelo genoemd worden:

1. Sociaal-economische gezondheidsverschillen
Groepen met een lagere sociaal economische status hebben over het algemeen een minder goede gezondheid dan groepen met een hogere sociaal economische status. Indicatoren zijn opleiding, inkomen en beroep. Uit de inventarisatie blijkt dat dit aspect ook voor Hengelo relevant is. Risicogroepen hierbij zijn o.a. ouderen, alleenstaanden, jongeren, dak- en thuislozen, mensen met een functiebeperking.
2. Preventie
Preventie kan op vele manieren worden aangepakt. Aandacht voor een gezonde leefstijl, voeding en beweging en bewustwording van de risico's van genotmiddelen levert grote gezondheidswinst op. Goede informatie en vroegtijdig signaleren dragen verder bij aan het voorkomen van gezondheidsproblemen.
3. Lokale infrastructuur gezondheidszorg
Hierbij gaat het vooral om de voorwaarden voor een goede toegang tot de zorg. Afstemming tussen zorgaanbieders onderling en het ondersteunen van coördinatie en samenwerking.

Integraliteit

De gemeentelijke beleidsbegroting maakt goed zichtbaar dat gezondheidsbeleid alle programma's doorsnijdt.

| <i>Programma</i> | <i>Gezondheidsgerelateerde Beleidslijnen/producten</i> |
|------------------------------|--|
| 1. Mens in ontwikkeling | Onderwijs, netwerkstructuur tbv. signalering etc. |
| 2. Mens in de samenleving | Sport, sociale kwaliteit wijken etc. |
| 3. Zorg voor de mens | Participatie, uitvoering Wvg, gezondheidsbeleid etc. |
| 4. Werk en inkomen | Activering, bijstandsverlening etc. |
| 5. Woonconsumenten | Aandacht voor kwetsbare groepen, volkshuisvesting etc. |
| 6. Gebruiker openbare ruimte | Openbaar groen, veiligheid etc. |
| 7. Mens en milieu | Milieubeheer, afval, water, geluidshinder, etc. |
| 8. Inwoners en bestuur | Aan het werk voor de burger |
| 9. Stad in ontwikkeling | Ruimtelijke ordening, accommodatiebeleid etc. |
| 10. Strategische projecten | Hart van Zuid, Netwerkstad etc. |
| 11. Middelen | Gemeentefonds |

Het krachtige maar tegelijkertijd complexe van het gemeentelijke gezondheidsbeleid is dat het met zeer veel beleidsterreinen raakvlakken heeft. Uit de startnotitie en het inventarisatie- en analysedocument blijkt hoe breed het terrein is en dat er heel wat gebeurt. Gezondheid is ook niet alleen te beïnvloeden via de sector volksgezondheid. Ook maatregelen en gedrag op het terrein van bijvoorbeeld verkeer, veiligheid, ruimtelijke ordening, sociaal beleid, milieu en onderwijs kunnen de gezondheid beïnvloeden. Gezondheidsbeleid moet zoveel mogelijk integraal beleid zijn. In een groot aantal bestaande gemeentelijke nota's is beleid geformuleerd dat direct van invloed is op de algemene gezondheid en welbevinden van mensen. Genoemd kunnen worden: beleidsprogramma van het college, de sportnota, nota wonen ("Nota wonen 2004"), nota wonen, zorg en welzijn ("Ruimte voor ouderen"), nota gehandicaptenbeleid ("Een open deur"), nota huisartsenbeleid.

In het kader van het jeugdbeleid (inclusief jeugdzorg) is er bijvoorbeeld veel aandacht voor het voorkomen van voortijdig schooluitval en tijdige signalering van problemen. De gemeente kent hiertoe een uitgebreide vangnetstructuur gericht op de leeftijd 0-12 en 12 plus. De relatie met de gezondheid en leefstijl van gezinnen en de afzonderlijke gezinsleden is hier zeer sterk. Door middel van een convenant tussen de provincie Overijssel (verantwoordelijk voor jeugdzorg) en de gemeente wordt de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een sluitende aanpak ten aanzien van de jeugd onderstreept.

Twents beleid

Naast het gemeentelijke gezondheidsbeleid is er door de gezamenlijke Twentse gemeenten "Twents" gezondheidsbeleid geformuleerd. Daar waar mogelijk worden de regionale en lokale beleidsdoelen en activiteiten op elkaar afgestemd en wordt aangesloten bij het landelijke gezondheidsbeleid. Eventuele kansen om externe financieringsbronnen aan te kunnen boren worden hiermee groter. Ook kan zo een meervoudige aanpak ontstaan waarbij bijvoorbeeld overgewicht wordt tegengegaan door landelijke promotie van gezonde voeding, regionale activiteiten van de GGD en lokale inzet van zorgverlening.

Onderwerpen die regionaal worden opgepakt zijn de sociaal economische gezondheidsverschillen, de aandacht voor de gezonde leefstijl, de sociaal psychische problematiek, de toegang tot de zorg, de vermaatschappelijking van de zorg, het versterken van de informele zorg.

Rol gemeente

De rollen van de gemeente binnen de doelen voor gezondheidsbeleid die in deze notitie zijn geformuleerd kunnen verschillend zijn. Op een aantal terreinen beschikt de gemeente over concrete bevoegdheden, meestal omdat de gemeente ook de financiële middelen beschikbaar stelt. De gemeente is dan de opdrachtgever. Op andere terreinen zijn we afhankelijk van de bereidheid tot samenwerking en nemen we de rol aan van initiatiefnemer en coördinator. Soms is een gecombineerde aanpak noodzakelijk. Samenwerking tussen de gemeentelijke diensten, tussen

gemeente en regionaal georganiseerde instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties en financiers is van essentieel belang.

Participatie en communicatie

Veel organisaties, zowel belangengroepen als professionele instellingen, hebben een bijdrage geleverd aan het inventarisatie en analyse document. Zij hebben een vragenlijst ingevuld en/of waren aanwezig bij de door de gemeente georganiseerde bijeenkomst eind 2003 over dit onderwerp. De uitkomst van al deze bijdragen is voorzover mogelijk verwerkt in het uitvoeringsprogramma gerangschikt naar bovenstaande categorieën. We moeten ons realiseren dat veel zaken een kwestie van lange adem zijn en niet in alle gevallen vertaald kunnen worden in concrete acties door de gemeente.

De gemeente kent geen specifiek overlegorgaan waar het gemeentelijke gezondheidsbeleid structureel op de agenda staat. We kiezen er voor om het onderwerp gezondheid op de agenda's van bijvoorbeeld de gehandicaptenraad, de seniorenraad, het platform uitkeringsgerechtigden, het minderhedenplatform en de wijk overleggen te plaatsen. Een integrale aanpak is dan gemakkelijker te realiseren. Ook binnen de gemeentelijke organisatie is geen structureel overleg tussen de diensten of sectoren waar alleen het gemeentelijk gezondheidsbeleid besproken wordt maar proberen we aan te sluiten bij bestaand overleg. In het bijgevoegde uitvoeringsplan wordt per thema of activiteit aangegeven waar het initiatief of de trekkersfunctie ligt.

Financiën en procedure

Het gemeentelijk gezondheidsbeleid moet integraal en duurzaam worden ingebed. De inventarisatie en analysesnota (met name de bijlagen) biedt een ruime beschrijving van mogelijkheden voor invulling van gezondheidsbeleid. Aangezien de specifieke "gezondheidsbeleid"-middelen echter zeer beperkt zijn, zullen de meeste voorstellen binnen de bestaande middelen en mogelijkheden moeten worden opgepakt.

In deze beleidsnotitie "Een gezonde stad" en het bijbehorende uitvoeringsprogramma zijn de speerpunten geformuleerd en een aantal concrete actiepunten voor het jaar 2005.

Voor 2006 en 2007 zal het uitvoeringsplan worden geactualiseerd. In 2007 zal begonnen worden aan een nieuwe beleidsnota gezondheidsbeleid. Daarvoor zal het huidige beleid en de daarbinnen genomen concrete initiatieven moeten worden geëvalueerd. Verder zullen de dan actuele ontwikkelingen in wet en regelgeving en uiteraard de gezondheidssituatie van de Hengeloërs van belang zijn.

Uitvoeringsplan specifiek gezondheidsbeleid Hengelo 2005

Doelstelling en speerpunten van het gemeentelijk gezondheidsbeleid:

Het handhaven en/of bevorderen van een optimale gezondheid van de inwoners van Hengelo. Vermijdbaar verlies van gezonde levensjaren en vermijdbare sterfte moet worden teruggedrongen.

Dit betekent dat de belangrijkste speerpunten voor Hengelose beleid zijn het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, preventie en het lokale gezondheidszorgsysteem. Aandachtsgroepen zijn ouderen, alleenstaanden, jongeren, dak- en thuislozen, sociaal economisch kwetsbaren en mensen met een functiebeperking.

In het schema hieronder worden vooral die zaken benoemd die in 2005 daadwerkelijk in gang zullen worden gezet.

Tevens is het overzicht van de acties in het kader van de Twentse Deelnota toegevoegd.

| Sociaal economische gezondheidsverschillen | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| <i>project / initiatief</i> | <i>trekker</i> | <i>periode /start</i> | <i>middelen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> project ambassadeurs gezond leven | sector W&S / Activering& Projecten | 2003-06 | begroting 2005 |
| <ul style="list-style-type: none"> activiteiten programma gehandicaptenbeleid opstellen van een productenpakket open deur (zie ook actiepoint 22 van het activiteitenplan gehandicaptenbeleid) overleg met Interakt Contour over specifieke behoefte van mensen met lichamelijk handicap | sector SZ - Zorg | 2003-07 | begroting 2005 |
| <ul style="list-style-type: none"> deelname Twentse werkgroep SEGV (doel het ontwikkelen van concrete projecten) aandacht voor aspect copingsvaardigheden en psycho-sociale problematiek | GGD/sector SZ-Zorg | 2005 | nvt. |
| <ul style="list-style-type: none"> thema gezondheid op agenda wijkoverleg / in wijkplannen van Hengelose aandachtswijken | sector SZ- Zorg | | nvt. |
| <ul style="list-style-type: none"> Twente in beweging | sector Sport&Recreatie | 2005 | begroting 2005 |
| | | 2005 | |

| Preventie | | | |
|--|--|---|--|
| <i>project / initiatief</i> | <i>trekker</i> | <i>periode/start</i> | <i>middelen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ◆ gezondheidsinformatiepunt • stimuleren bewegen dmv. producten sportnota, bijv. programma bewegen en gezondheid (door SWOH) in wijken Hengelose Es en Noord • project gezonde keus makkelijke keus (voeding ed.) • gezondheidsvraagstuk op agenda van div. externe overleggen • checklist maken / quick scan mbt. criteria gezonde bouw en inrichting • voorlichtingsprogramma gericht op jeugd mbt. omgang met genotsmiddelen en weerbaarheid • ontwikkeling jeugdgezondheidszorg <ul style="list-style-type: none"> – basis takenpakket – maatwerk • medisch spreekuur voor dak-en thuislozen • overleg met ziekenhuis mbt. ontwikkelingen jgz | <ul style="list-style-type: none"> bibliotheek sector S&R nog te ontwikkelen sector SZ - Zorg nog te ontwikkelen GGD sector OCJ sector SZ – Zorg sector OCJ | <ul style="list-style-type: none"> nvt. loopt 2005 2005 2005 loopt loopt 2005 2005 | <ul style="list-style-type: none"> GSB/begroting 2005 begroting 2005 nvt. nvt nvt. begroting GGD begroting 2005 begroting 2005/GSB nvt. |

| Versterken lokale infrastructuur gezondheidszorg | | | |
|--|---|---|--|
| <i>project / initiatief</i> | <i>trekker</i> | <i>periode/start</i> | <i>middelen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • subsidie Steunpunt Informele Zorg • ontwikkeling zorgloket (frontoffice) • realisatie gezondheidspark • regionale aanpak integrale aanpak huiselijk geweld • afstemming in de eerste lijn, platform eerste lijn • optimalisering gemeentelijke aansturing en inzet GGD • ontwikkelen zorgkaart • voorbereiding op de Wet Maatschappelijke Ondersteuning • Instellen van Lokaal Milieu Platform | <ul style="list-style-type: none"> sector SZ - Zorg sector SZ - Zorg Projectenbureau GGD/ sector SZ - Zorg sector SZ - Zorg cluster Zorg nog in ontwikkeling cluster Zorg sector Regulering Leefomgeving | <ul style="list-style-type: none"> tot 2008 2005 tot 2015 tot 2006 gestart 2005 2005 2005 2005 | <ul style="list-style-type: none"> begroting 2005 projectbegroting grondexpl. begroting GGD nvt. nvt. nvt. nvt. begroting 2005 |

Overzicht van acties in Twentse Deelnota

Een nadere uitwerking van de acties wordt voorgelegd aan het ambtelijk overleg OGZ. Daarin wordt aangegeven wie verantwoordelijk is voor de uitvoering, welke positie de GGD inneemt, welke partijen betrokken worden/zijn, de concrete prioriteitsstelling/fasering en de doorlooptijd van de acties. Ter bewaking van de voortgang zal monitoring plaatsvinden door de GGD. Het ambtelijk overleg en de bestuurscommissie GGD worden aan de hand van deze monitor periodiek geïnformeerd.

| Actie | Product | Levering |
|--|--|-----------------|
| Sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) Instellen werkgroep SEGV. | Plan van aanpak SEGV | 2003 |
| Gezonde leefstijl Voortzetting bestaande voorlichtingsprogramma alcohol en tabak voor jongeren en onder aandacht brengen van niet participerende gemeenten. | Voorlichtingsprogramma alcohol en tabak | 2003/04 |
| Installeren werkgroep stimuleringsprogramma 'voeding en beweging', gericht op jongeren en ouderen. | Stimuleringsprogramma 'voeding en beweging' | 2004 |
| Sociaal psychologische problematiek Inventariseren problematiek jeugd en jongeren, bezien aansluiting behoefte/aanbod hulpverlening en noodzaak ontwikkeling/aanpassing preventieprogramma's. | Plan van aanpak | 2004 |
| Inventarisatie hiaten in zorg in verband met eenzaamheid bij ouderen en formulering actief beleid. | Onderzoeksrapportage | 2004 |
| Uitwerken continueringvoorstel Marietje Kesselsproject en onder aandacht brengen bij niet participerende gemeenten. | Projectvoorstel MKP | 2003 |
| Verbreding aandacht en ondersteuning bij implementeren van pestprotocol. | Ondersteuningsplan invoeren pestprotocol | 2003 |
| Openbare geestelijke gezondheidszorg Onderzoek naar vorming van een of meer regionale platforms OGGZ. | Voorstel instellen overlegplatform(s) OGGZ | 2003/04 |
| Onderzoek naar omvorming bestaande meldpunten naar regionaal meldpunt OGGZ. | Voorstel oprichting regionaal meldpunt OGGZ | 2003 |
| Uitwerking project Integrale Aanpak Huiselijk Geweld Twente. | Projectvoorstel Huiselijke Geweld Twente | 2003 |
| Toegang tot de zorg Onderzoek naar mogelijkheden van aanpak STELT op Twentse schaal met aandacht voor alternatieven voor burgers zonder huisarts. | Voorstel mogelijk STELT aanpak Op Twentse schaal | 2003 |
| Structurele aandacht op Twentse schaal voor kwaliteit ambulancezorg. | Borging in agendavoering Bestuurscommissie GGD | |
| | | |

| Actie | Product | Levering |
|---|--|---|
| <p>Vermaatschappelijking van de zorg Instellen regionale werkgroep WVG voor onderzoek harmonisatiemogelijkheden.</p> <p>Instellen regionale werkgroep openbaar vervoer gehandicapten voor uitwerking beleid en regiobreed implementatieplan.</p> <p>Initiatief discussie toekomst OV met specifieke aandacht aan sociale functie.</p> <p>Inventarisatie initiatieven plannen voor zorgwoningen in Twente in het kader van verstedelijkingsafspraken</p> <p>Specifieke aandacht voor Wonen en Zorg in woningmarktmonitor.</p> <p>Initiatieven ontwikkelen om in beeld te brengen : <ul style="list-style-type: none"> • de vraag naar woningen geschikt oor ouderen en gehandicapten en • hoeveel woning in bestaande woningvoorraad geschikt zijn (te maken). </p> <p>Ontwikkeling plan van aanpak REA-wetgeving en werkgelegenheidsprojecten gehandicapten door Regionaal Platform Arbeidsmarkt Twente</p> | <p>Verslag werkgroep over harmonisatiemogelijkheden</p> <p>Verslag werkgroep regionaal beleid OV voor gehandicapten</p> <p>Initiatiefvoorstel OV-discussie</p> <p>Inventarisatie initiatieven zorgwoningplannen</p> <p>Themabijeenkomst 2003</p> <p>Onderzoeksvorstel</p> <p>Plan van aanpak</p> | <p>2004</p> <p>2003</p> <p>2003</p> <p>2003/04</p> <p>2003</p> <p>2003/04</p> <p>2004</p> |
| <p>Versterking informele zorg Evalueren en ontwikkelen van continueringvoorstel project steunpunten informele zorg na 2004</p> | <p>Voorstel continuering steunpunten informele zorg</p> | <p>2003/04</p> |
| <p>Structureel overleg met Zorgkantoor Periodiek overleg van bestuurlijk Twente met Zorgkantoor over onder meer: <ul style="list-style-type: none"> • wachtlijstenproblematiek • zorggerelateerde woonvoorzieningen • welzijn/ zorggerelateerde welzijnsdiensten • ondersteuningsaanbod informele zorg </p> | <p>Periodiek bestuurlijk overleg na afstemming in Bestuurscommissie GGD</p> | |

Inventarisatie- en analysedocument
t.b.v. lokaal gezondheidsbeleid
gemeente Hengelo

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INLEIDING | 5 |
| 1.1 | Aanleiding..... | 5 |
| 1.2 | Werkwijze en opbouw nota..... | 5 |
| 2 | INVENTARISATIE BELEID | 6 |
| 2.1 | Landelijk beleid..... | 6 |
| 2.2 | Regionaal beleid..... | 6 |
| 2.3 | Lokaal beleid..... | 7 |
| 2.3.1 | Bestaand lokaal beleid..... | 7 |
| 2.3.2 | Doelstelling gemeentelijk gezondheidsbeleid | 8 |
| 2.3.3 | Rol van de gemeente | 8 |
| 2.3.4 | Beschikbare middelen | 9 |
| 2.4 | Conclusie..... | 9 |
| 3 | INVENTARISATIE GEZONDHEIDSSITUATIE..... | 10 |
| 3.1 | Inleiding | 10 |
| 3.2 | Demografische gegevens..... | 10 |
| 3.2.1 | Bevolkingssamenstelling..... | 10 |
| 3.2.2 | Sociaal economische status | 10 |
| 3.3 | Gezondheidssituatie | 11 |
| 3.3.1 | Gezondheidservaring, levensverwachting en ziekten..... | 11 |
| 3.3.2 | Gedrag (Leefstijl) | 11 |
| 3.3.3 | Sociale omgeving..... | 12 |
| 3.3.4 | Fysieke en materiële omstandigheden..... | 12 |
| 3.3.5 | Risicogroepen..... | 12 |
| 3.3.6 | Eindconclusie | 13 |
| 3.4 | Aanbevelingen voor de gemeente Hengelo | 15 |
| 3.5 | (Gezondheids)zorgvoorzieningen | 17 |
| 4 | INVENTARISATIE ACTIVITEITEN EN KNELPUNTEN..... | 19 |
| 4.1 | Quick scan Lokaal gezondheidsbeleid Hengelo..... | 19 |
| 4.2 | Analyse quick scan..... | 20 |
| 4.3 | Sociale omgeving | 22 |
| 4.4 | Conclusies | 23 |
| 5 | EVALUATIE VORIG ACTIVITEITENPROGRAMMA | 25 |
| 5.1 | Inleiding | 25 |
| 5.2 | Conclusie & Aanbevelingen..... | 25 |
| | BIJLAGE 1: Nadere beschrijving gezondheidssituatie | 28 |
| | BIJLAGE 2: Activiteiten gemeente volksgezondheid | 42 |
| | BIJLAGE 3: Producten en projecten GGD 2002 | 44 |
| | BIJLAGE 4: Activiteiten GGD Sociaal-economische gezondheidsverschillen Hengelo..... | 55 |
| | BIJLAGE 5 Deelnota Twents gezondheidsbeleid..... | 57 |
| | BIJLAGE 6: Afkortingen..... | 79 |

1 INLEIDING

1.1 *Aanleiding*

De gemeente heeft diverse wettelijke taken aangaande de zorg voor gezondheid van haar burgers. Deze zijn onder meer neergelegd in de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Een wijziging van de WCPV op 1 januari 2003 stelt gemeenten verplicht elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen.

Met de nota gezondheidsbeleid wil de gemeente Hengelo het volgende bereiken:

- Inzicht bieden in de gezondheidssituatie van de inwoners van Hengelo;
- Evaluatie van het uitvoeringsplan bij de voorgaande nota;
- Inzicht krijgen in activiteiten die worden verricht op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid;
- Inzicht krijgen in de ervaren knelpunten inclusief aanbevelingen;
- Beknopte verwijzing naar landelijke speerpunten en gemeentelijk vastgesteld categoriaal beleid;
- Op basis van de aanbevelingen voor de gemeente Hengelo, de evaluatie, staand beleid en de geconstateerde knelpunten beoordelen of ingezet beleid moet worden geïntensiveerd dan wel gewijzigd;
- Inzichtelijk maken van de (noodzaak tot) samenhang van de verschillende gemeentelijk beleidsterreinen op het gebied van gezondheidsbeleid zoals welzijn, veiligheid en wonen;
- Benoemen van speerpunten voor gezondheidsbeleid voor de komende 4 jaren en de na te streven resultaten op basis van bovenstaande in samenhang met de deelnota Twents gezondheidsbeleid;
- Een actieplan voor de komende 4 jaren opstellen.

De intentie is om met het uitvoeren van de in deze nota vermelde actiepunten het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid op- en uit te bouwen, de regiefunctie van de gemeente op het lokaal gezondheidsbeleid te verstevigen en een aantal uitvoeringstaken te versterken.

1.2 *Werkwijze en opbouw nota*

Bij de aanpak van het opstellen van deze nota is getracht zoveel mogelijk informatie te krijgen van betrokken partijen. Dit is gebeurd middels een quick-scan in de vorm van een vragenlijst en een bijeenkomst waarvoor alle betrokken partijen zijn uitgenodigd.

De vragenlijst is verspreid onder zowel betrokken diensten binnen de gemeenten als betrokken externe partijen. De uitkomsten zijn in een bijeenkomst besproken. Partijen hebben hierbij tevens hun prioriteiten kenbaar kunnen maken.

Daarnaast is gebruik gemaakt van beschikbaar schriftelijk materiaal zoals onderzoeksrapporten, nota's, artikelen en op verzoek aangeleverd materiaal van de GGD over de gezondheidssituatie.

De nota is als volgt opgebouwd.

In de hoofdstukken worden de verschillende bouwstenen van de nota gepresenteerd, te weten: landelijk, regionaal en lokaal beleid (hoofdstuk 2), de gezondheidssituatie van de bevolking van Hengelo (hoofdstuk 3), de uitkomsten van de quick scan onder betrokken partijen (hoofdstuk 4) en de evaluatie van het voorgaande activiteitenprogramma in hoofdstuk 5.

In de bijlagen is opnieuw een uitgebreide beschrijving van de gezondheidssituatie opgenomen, de huidige activiteiten van gemeente en GGD, de producten van de GGD en de deelnota Twents gezondheidsbeleid.

2 INVENTARISATIE BELEID

WAT IS HET BELEID VAN DE GEMEENTE EN VAN ANDEREN?

2.1 Landelijk beleid

Doelstellingen landelijk beleid

De landelijke overheid stelt zich de volgende doelstellingen:

- Beperken van het aandeel ongezonde levensjaren op de totale levensverwachting;
- Beperken van sociaal-economische gezondheidsverschillen;
- De ziektelast van de volgende aandoeningen terugbrengen:
 - ✓ psychische klachten;
 - ✓ klachten aan het bewegingsapparaat;
 - ✓ diabetes;
 - ✓ hart- en vaatziekten;
 - ✓ kanker;
 - ✓ astma/COPD.

Bestaand rijksbeleid

• Ziektepreventie

- ✓ Continuering rijksvaccinatieprogramma.
- ✓ Verder ontplooiën van screeningsinitiatieven als middel om te komen tot vroege opsporing van en daarmee tijdig ingrijpen bij ziekten. Maar ook het waken voor wildgroei en geldverspilling bij screening.
- ✓ Verbetering aansluiting bevolkingsonderzoek op het curatief behandeltraject.
- ✓ Voorkomen van chronische ziekte en eventuele complicaties, met name bij psychische klachten, diabetes en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

• Leefstijl

- ✓ De gezonde en actieve leefstijl tot norm maken.
- ✓ Tabaksontmoediging en alcoholmatiging.
- ✓ Voorkomen en bestrijden van overgewicht.

• Leefomgeving

- ✓ Realiseren van een gezonde omgeving (b.v rookvrije omgeving).
- ✓ Terugdringen sociaal economische gezondheidsverschillen.
- ✓ Versterken samenhang in beleid tussen gezondheid en milieu.

• Openbare gezondheidszorg

- ✓ Implementatie Wcpv (zie hoofdstuk 2)
- ✓ Preventieve zorg aan jeugdigen en hun ouders.
- ✓ Realiseren van hoogwaardige, integrale en uniforme jeugdgezondheidszorg;
- ✓ Stimuleren van ketenzorg voor kinderen en jeugdigen.
- ✓ Stimuleren van een goede samenwerking tussen partijen in het kader van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

2.2 Regionaal beleid

Met name problematiek waar elke Twentse gemeente mee van doen heeft, leent zich voor een gemeenteoverstijgende aanpak. Door betrokken gemeenten is voorzien dat diverse thema's regionaal kunnen worden opgepakt. Om daar van het begin af aan een start mee te maken is besloten om in het

kader van de nota's lokaal gezondheidsbeleid ook een Twentse deelnota op te stellen. In deze deelnota wordt een aantal actuele gezondheidsthema's beschreven die gemeenteverstijgend zijn qua problematiek en waarbij de gemeenten zich hebben gecommitteerd om een en ander regionaal aan te pakken. De insteek van de Twentse deelnota is, dat waar een gezamenlijke aanpak een meerwaarde oplevert, zoveel mogelijk gezamenlijk wordt gewerkt.

De Twentse gemeenten hebben ermee ingestemd dat de volgende onderwerpen regionaal worden opgepakt:

- Sociaal economische gezondheidsverschillen
- Gezonde leefstijl
- Sociaal psychologische problematiek
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
- Toegang tot zorg
- Vermaatschappelijking van zorg
- Versterking informele zorg

De Twentse deelnota wordt onderdeel van de nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Hengelo.

2.3 Lokaal beleid

2.3.1 Bestaand lokaal beleid

Lokaal beleid op verschillende terreinen is relevant voor het gezondheidsbeleid. Zo geldt dat bijvoorbeeld voor het beleidsprogramma van het college waarin gesteld wordt dat er een milieuplatform komt. Maar ook voor de Sportnota waarin voornemens voor het stimuleren van beweging worden kenbaar gemaakt. De in ontwikkeling zijnde nota's Wonen en Wonen, zorg en welzijn zijn hier ook van belang. Nu wordt volstaan met het benoemen van speerpunten bij actueel beleid dat van invloed is op het gezondheidsbeleid in enge zin.

Het collegeprogramma stelt overeenkomstig de stadsvisie als opgave: een sociale en innovatieve stad (met een compleet voorzieningenpakket) voor iedereen. Verdere relevante beleidspunten in het collegeprogramma zijn:

- voorzieningen en zorg moeten zoveel mogelijk op maat en laagdrempelig zijn
- (fysieke) toegankelijkheid van voorzieningen moet worden vergroot
- gezond dient te worden voor een gunstig vestigingsklimaat voor huis- en tandartsen.

Het meerjarenontwikkelingsplan baseert zich in haar subprogramma Zorg op maat naast de Stadsvisie onder meer op de eerste nota "Gezond Hengelo". De speerpunten hierin zijn:

- Verhogen toegankelijkheid zorgvoorzieningen
- Realisatie van een wijkgericht zorgaanbod
- Terugdringen sociaal-economische gezondheidsverschillen
- Opvang.

Beleid hieromtrent is verder geformuleerd in collegebesluiten en in beleidsstukken zoals de nota "Gehandicaptenbeleid *Een open deur?*" en de notitie "Huisartsenbeleid".

De in de nota Gehandicaptenbeleid gestelde speerpunten zijn:

- Verbetering van Bereikbaarheid, Toegankelijkheid en Bruikbaarheid fysieke ruimte (conform NEN 1814)
- Werk (betaald en onbetaald) door deelname aan het arbeidsproces of sociale activering
- Participatie in beleid (doelgroep en professionele organisaties betrekken bij beleid)
- Integraal werken m.n. door dwarsverbanden te leggen en activiteitenplannen

De beleidsterreinen waarop beleidsvoornemens zijn geformuleerd, betreffen:

- Verkeer & Vervoer
- Scholing, werk en inkomen
- Vrije tijdsbesteding
- Zorg
- Participatie doelgroep.

Speerpunten in de notitie Huisartsenbeleid zijn:

Het hoofd bieden aan dreigende problemen in de eerste lijnszorg door:

- Overleg met en tussen betrokkenen te initiëren.
- Visieontwikkeling en planning van eerste lijnszorg over o.a. gewenste spreiding, organisatievorm/taakverdeling
- Facilitering aanbieden op het gebied van ruimtelijke ordening en huisvesting.

2.3.2 Doelstelling gemeentelijk gezondheidsbeleid

Uitgaande van de hiervoor omschreven definitie op gezondheid en rekening houdend met de beïnvloedingsmogelijkheden van de gemeente op het gebied van gezondheid hanteert de gemeente Hengelo de volgende doelstelling voor haar gezondheidsbeleid (zie Startnotitie Gezondheidsbeleid gemeente Hengelo 2003-2007).

Het handhaven en/of bevorderen van een optimale gezondheid van de inwoners van Hengelo.

Deze doelstelling komt overeen met die zoals geformuleerd in de eerste nota, Gezond Hengelo.

De gemeente wil op basis van deze doelstelling met name een bijdrage leveren aan:

- het verhogen van de kwaliteit van leven van de inwoners van Hengelo vanuit de optiek van volksgezondheid;
- het verminderen van bestaande ongelijkheden in kansen op gezondheid.

In algemene zin behoren het terugdringen van vermijdbaar verlies van gezonde levensjaren en het terugdringen vermijdbare sterfte ook tot de doelstelling van de gemeente.

2.3.3 Rol van de gemeente

Gezondheid is niet alleen te beïnvloeden via de sector volksgezondheid. Ook maatregelen en gedrag op het terrein van bijvoorbeeld verkeer, veiligheid, ruimtelijke ordening, sociaal beleid, milieu en onderwijs, kunnen de gezondheid beïnvloeden. Gezondheidsbeleid is dan ook per definitie integraal beleid. Samenwerking staat hierbij centraal. Samenwerking binnen de gemeente, tussen gemeenten en met regionale instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties en financiers.

In dit verband speelt daarbij ook de beslissing een rol op welk niveau een onderwerp wordt opgepakt.. Lokaal, bilateraal met een andere gemeente, in Netwerkstadverband, sub-regionaal (Midden Twente) of met een regionale (Twentse) aanpak. Het kan zijn dat onderwerpen een gecombineerde aanpak kennen. Dit betreft met name die onderwerpen die een (sub) regionaal karakter kennen maar waarvan de daadwerkelijke implementatie lokaal dient plaats te vinden. De aanpak kan dus (sub)regionaal worden ontwikkeld en wordt vervolgens lokaal uitgevoerd. Dit wordt in het actieplan verder uitgewerkt.

Lokaal gezondheidszorg is dus een samenspel van partijen op verschillende terreinen. De rol van de verschillende partijen moet daarin duidelijk zijn, met name ook die van de gemeente. Het mag namelijk niet zo zijn dat de verantwoordelijkheid op elkaar wordt afgeschoven. Ook moet er een reëel verwachtingspatroon bestaan wat betreft de invloed van de gemeente op een bepaald beleidsitem.

Voor de gemeente worden de volgende rollen onderscheiden:

- opdrachtgever;
- uitvoerder;
- initiatiefnemer;
- facilitator;
- regisseur.

De rol van de gemeente wordt in het uiteindelijke plan van aanpak bij elk onderwerp expliciet benoemd.

2.3.4 Beschikbare middelen

De middelen voor de Jeugdgezondheidszorg voor 0-19jarigen en de overige algemene middelen voor de GGD zijn bestemd voor de uitvoering van (wettelijke) taken door GGD en Carint, zoals de jeugdgezondheidszorg 0-19-jarigen en activiteiten op het gebied van collectieve preventie.

Voor de uitvoering van het overig volksgezondheidsbeleid is een bedrag van € 157.391,- beschikbaar. Dit wordt o.a. aangewend voor het Gezondheidsinformatiepunt (in 2003), Stichting Edukint, de uitvoering van extra projecten in het kader van specifieke hulpverlening en preventie voor verslavingszorg en overige collectieve preventie. Het totale budget voor volksgezondheid/ (gezondheids)zorg bedraagt in 2003 bijna € 4.3 miljoen en voor 2004 € 4,7 miljoen. Deze cijfers zijn exclusief de Wvg.

| Beleidsinzet | 2003 | 2004 |
|----------------------------------|-------------|-------------|
| JGZ 0-19jarigen/ GGD overig | 1.622.541,- | 1.878.234,- |
| Ambulancevervoer | 36.513,- | 22.944,- |
| Maatschappelijke dienstverlening | 1.008.467,- | 1.038.942,- |
| Verslavingszorg | 41.908,- | 41.908,- |
| Ouderen-/gehandicaptenzorg/ RIO | 1.442.210,- | 1.575.320,- |
| Overige gezondheidszorg | 141.806,- | 133.278,- |
| Totaal Volksgezondheid & Zorg | 4.293.445,- | 4.690.626,- |

bron: dienstbegroting 2004

De gemeente put hiertoe uit geormerkte en algemene gelden uit het gemeentefonds, middelen ten behoeve van het grote stedenbeleid, en subsidies van derden.

De gemeente zet structureel 3,7 fte (per 1-10-04) aan menskracht in op het beleidsterrein van zorg. Hiertoe behoort volksgezondheid samen met ouderenzorg, gehandicaptenbeleid, vrouwenopvang, maatschappelijke dienstverlening en verslavingszorg.

2.4 Conclusie

Het ligt voor de hand om waar mogelijk het landelijk ingezette beleid benutten. De gemeente kan dit beleid ondersteunen door enerzijds zelf actief beleid te ontwikkelen en anderzijds landelijk (of regionaal) ontwikkeld beleid lokaal te implementeren. Met de regionale aanpak van de onderwerpen in de vanuit de lokale gemeenten opgebouwde Twentse deelnota hebben de Twentse gemeenten ingestemd..

Volksgezondheidsbeleid is voor een belangrijk deel facetbeleid dat zich uitstrekt over veel verschillende beleidsterreinen variërend van milieu tot onderwijs. Dit noodzaakt de gemeente tot het maken van duidelijke keuzes.

3 INVENTARISATIE GEZONDHEIDSSITUATIE

WAT IS DE GEZONDHEIDSSITUATIE IN DE GEMEENTE?

3.1 Inleiding

Voor het bepalen van het gezondheidsbeleid is de gezondheidssituatie van de Hengelose bevolking van belang.

De gezondheidsgegevens geven een indicatie voor waar gezondheidswinst behaald kan worden.

Daar waar de gezondheidssituatie afwijkt van het landelijk of Twents gemiddelde of in absolute zin als onwenselijk wordt beschouwd, kan dat een reden zijn om op het betreffende punt beleid te ontwikkelen. Anderzijds kan een gunstige situatie reden zijn om actief beleid achterwege te laten.. Helaas zijn de benodigde gegevens hiervoor (nog) niet altijd voor handen. De GGD heeft voor deze nota het merendeel van de gezondheidsgegevens aangereikt.

De informatie die verband houdt met gezondheid heeft betrekking op de demografische gegevens, gezondheidssituatie, de leefstijl, sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen, fysieke en materiële omstandigheden van de Hengelose bevolking. Daarbij kan ook nog iets gezegd worden over risicogroepen. De gezondheidszorgvoorzieningen zelf spelen hierbij een aparte rol.

3.2 Demografische gegevens

3.2.1 Bevolkingssamenstelling

Gemeente Hengelo heeft 80.966 (1-1-2004) inwoners. Het inwonertal van Hengelo is groeiende. Naar verwachting zal dit aantal verder stijgen tot ruim 92.000 inwoners in 2030.

De leeftijdsopbouw is vergelijkbaar met die in Twente. Vergeleken met eind jaren 80 is er sprake van ontgroening en vergrijzing. (rapportage gezondheidssituatie GGD, 2003). De komende jaren neemt de vergrijzing aanzienlijk toe blijkens het percentage inwoners ouder dan 55 jaar dat groeit van 27,1% in 2002 tot 34,2% in 2030. Met name het aantal 75-plussers binnen deze groep groeit hierbij sterk ('dubbele vergrijzing'). Op jongere leeftijd zijn er meer mannen en op oudere leeftijd meer vrouwen.

Het totale percentage allochtone inwoners van Hengelo is 20,1%. Dit is hoger dan het percentage in Twente (15,5%). De grootste groep is van Turkse afkomst.

| <i>Demografisch Kenmerk</i> | <i>Kwantificering</i> |
|-----------------------------|---|
| Bevolkingsaantal | 81.000 (2003) en groeiend naar 92.000 (2030)* |
| Bevolkingsopbouw | vergrijzing tot 35% 55+ in 2030 |
| Bevolkingssamenstelling | ↑ aantal wijkbewoners met functiebeperking |
| Etniciteit bevolking | 20,1% allochtoon (m.n. Turks) |

bron: prisma

3.2.2 Sociaal economische status

Groepen met een lagere sociaal economische status hebben over het algemeen een minder goede gezondheid dan groepen met een hogere sociaal economische status. (ses). SES wordt bepaald door drie indicatoren: opleiding, inkomen en beroep.

Voor Hengelo is het volgende bekend:

- Het gemiddelde opleidingsniveau in Hengelo steekt gunstig af bij Twente en Nederland. 40% heeft een middelbaar onderwijsniveau en 28% heeft hoger onderwijs.
- Het aantal niet-werkende werkzoekenden in Hengelo stijgt van 7,1% in 2003 naar 8,7 % in 2004. In Nederland is dit laatste percentage 6,4%.
- Het percentage arbeidsongeschikten is in Hengelo 9,1% (2003) en 9,0% (2004) en daarmee iets lager dan in Nederland (9%, 8,8%). Het steekt gunstig af tegen de andere twee Twentse grotere steden waarbij het percentage op ruim 11% ligt.
- Qua inkomen is de situatie in Hengelo iets beter dan landelijk en regionaal. Wat ouderen betreft blijkt dat 30% van de Twentse 65+ers moet rondkomen van alleen AOW of bijstandsuitkering.

3.3 Gezondheidssituatie

3.3.1 Gezondheidservaring, levensverwachting en ziekten

In Hengelo valt met betrekking tot de ervaren gezondheid, levensverwachting en ziekten het volgende op:

- Ervaren gezondheid (Volwassenenonderzoek Twente, GGD 2003)
Van de inwoners van de gemeente Hengelo in de leeftijdscategorie 20 tot 65 jaar vindt 85% de eigen gezondheid goed tot uitstekend. Wanneer hierbij ook de vergelijking met de gezondheid van anderen wordt betrokken (gezondheidsbeleving) komt er een rapportcijfer uit van 6,6. Mensen met een uitkering, zonder werk of met een lage opleiding ervaren hun gezondheid als onvoldoende. Uit het Twentse ouderenonderzoek blijkt dat 60% van de ouderen (55 jaar en ouder) hun gezondheid als goed of heel goed beoordelen. Mensen die de Nederlandse taal niet beheersen en oudere ouderen die de vragenlijst niet konden invullen (kwetsbare groepen wat betreft hun gezondheid) hebben echter niet aan het onderzoek deelgenomen.
- Het sterftcijfer in Hengelo ligt tussen het sterftcijfer van Twente en Nederland in. Dit is al een aantal jaren het geval.
- De levensverwachting bij geboorte is voor mannen en vrouwen respectievelijk ruim 75 en 80 jaar. De Twentse levensverwachting is relatief laag in vergelijking Nederland.
- De ongelijke verdeling van de gezondheid tussen inkomensgroepen groeit. Mensen met een lage sociaal-economische status leven nu gemiddeld 3,5 jaar korter dan hoogopgeleiden en het verschil in gezonde levensjaren is 12 jaar.
- Hart- en vaatziekten vormen in Hengelo de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door kanker. Overlijden door hart- en vaatziekten van mannen komt in Hengelo gemiddeld vaker voor dan in Nederland
- De helft van de Hengelose (en Twentse) volwassenen heeft een chronische aandoening aan het bewegingsapparaat.
- Een depressieve basisstemming heeft 3% van de Twentse jongeren (1997). 20% van de Twentse ouderen voelt zich eenzaam, angstig of neerslachtig.

3.3.2 Gedrag (Leefstijl)

Wat betreft leefstijl valt er in Hengelo op het gebied van roken, alcohol, beweging, medicijngebruik, mishandeling, pesten, verenigingslidmaatschap en zorgconsumptie het volgende op:

- Eenderde van de volwassenen (20-64 jr) in Hengelo rookt, wat vergelijkbaar is met Nederland. Van de Twentse jongeren is dat een kwart, overeenkomstig het Nederlands gemiddelde. Dit percentage geldt ook voor de ouderen in Twente.
- Van de Twentse volwassenen is 10% een zware drinker. Dit geldt ook voor Hengelo (veel 20-34 jarigen). In Twente is 21% van de jongeren een stevige drinker.
- Ruim de helft van de Hengelose volwassenen heeft overgewicht. Dat is gemiddeld meer dan in Twente. Van de Twentse ouderen is dat ook bijna de helft terwijl 16% van de jongeren overgewicht heeft.
- Tweederde van de Hengelose volwassenen beweegt onvoldoende (volgens de gestelde normen). Ook veel Twentse ouderen doen weinig aan actieve vrije tijdsbesteding. De sportafname van Twentse jongeren van 19 jaar is ruim 15% vergeleken met hun 12^e jaar.
- 70% van de volwassenen gebruikt medicijnen. In Hengelo betreffen dat voornamelijk middelen tegen pijn en koorts. Dit heeft deels te maken met het grote aandeel volwassenen met chronische bewegingsaandoeningen zoals gewrichtsklachten
- De afgelopen 2 jaar is lichamelijke mishandeling ruim 3% van de volwassenen ten minste een keer overkomen. Dit zouden zo'n 1.500 (berekend voor de leeftijdsgroep 20-64 jaar) Hengeloërs zijn, als dit betrekking heeft op de hele Hengelose bevolking. Voor geestelijke mishandeling betreft dit 7% (ruim 3.500 personen) en voor seksuele mishandeling in Hengelo bijna 1% (500 personen). Bij het onderzoek hiernaar gaf daarnaast een klein aantal mensen aan de vraag niet te willen of kunnen beantwoorden.
- In Hengelo wordt 20% van de jongeren soms gepest (in Twente 17%) waarvan 2% vaak.

- Huisarts, specialist en fysiotherapeut of ergotherapeut worden relatief vaak bezocht. Meting over een periode van 3 maanden wijst erop dat de helft van de volwassenen in die periode gebruik maakt van de huisarts en 20% van de specialist.

3.3.3 Sociale omgeving

Sociale relaties hebben een samenhang met gezondheid. Alleenstaanden, vooral wanneer er thuiswonende kinderen zijn, blijken meer gezondheidsproblemen te hebben dan samenwonenden. Het aantal alleenstaanden (zowel jong als oud) neemt toe. Onder ouderen betreft dit met name vrouwen.

De ontwikkeling die “vermaatschappelijking” genoemd wordt, leidt ertoe dat steeds meer mensen met een handicap als gevolg van lichamelijke, verstandelijke of psychische functiebeperking in de wijk wonen en niet in een afzonderlijke intramurale voorziening.

Bij onderzoek geeft een half procent van de volwassenen aan gebruik te maken van mantelzorg. Van de ouderen in Twente krijgt 20% wel eens mantelzorg.

Zo’n 60% van de volwassen Hengeloërs is lid van een vereniging. Dit is minder dan over het algemeen in Twente.

3.3.4 Fysieke en materiële omstandigheden

Hengelose volwassenen beoordelen hun woning, woonomgeving, veiligheid en leefbaarheid in de buurt gemiddeld met een 7,7. Dit is minder positief dan over het algemeen in Twente.

Van de Hengelose volwassenen (uit het onderzoek) zegt 10% te maken te hebben met een slechte financiële situatie. Dit geldt ook voor Twente in het algemeen.

3.3.5 Risicogroepen

Er zijn diverse risicogroepen te onderkennen ten aanzien van gezondheid:

- **Mensen met een lage sociaal economische status (ses)** lopen een groot risico op een slechte gezondheid. Een groot deel van de allochtonen valt onder deze groep. Ook is er een verband tussen werkloosheid en gezondheidsproblemen. Er is een sterk verband tussen opleidingsniveau en gezondheidsverschillen. Het betrekkelijk hoge opleidingsniveau in Hengelo is daarom gunstig. Risico om gepest te worden neemt toe met het lager worden van het opleidingsniveau en de mate van verstedelijking.
- Door de vergrijzing zal de groep **ouderen** in een slechte gezondheidssituatie ook sterk toenemen.
- **Alleenstaanden** hebben een verhoogd risico op gezondheidsproblemen. Het risico op sterfte is bij eenzame mensen aanzienlijk groter dan bij anderen.
- **Jongeren** vormen een risicogroep als gevolg van ongezonde leefwijzen.
- Als het gaat om overmatig alcoholgebruik in Hengelo vormen mannen, jongeren en ongehuwden risicogroepen.
- Voor wat betreft toenemend roken ligt het risico landelijk gezien met name bij jongeren en **vrouwen**.
- Risicogroepen als **dak- en thuislozen, verslaafden en prostituees**.
- Te veronderstellen valt dat de (toenemende) groep mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische **functiebeperking** die in de wijk woont ook een verhoogd gezondheidsrisico loopt. Gegevens hierover zijn nog niet voor handen.

| Risicogroepen: | Beschrijving |
|--|--|
| Algemeen | |
| Lage SES waaronder allochtonen | Mensen met een lage Sociaal economische status (ses) lopen een groot risico op een slechte gezondheid. Een groot deel van de allochtone inwoners valt onder deze groep. Ook is er een verband tussen werkloosheid en gezondheidsproblemen. Er is een sterk verband tussen opleidingsniveau en gezondheidsverschillen. Het betrekkelijk hoge opleidingsniveau in Hengelo is daarom gunstig. Risico om gepest te worden neemt bij jongeren toe met het lager worden van het opleidingsniveau en de mate van verstedelijking. |
| Ouderen | Door de vergrijzing zal de groep ouderen in een slechte gezondheidssituatie ook sterk toenemen. |
| Alleenstaanden | Alleenstaanden hebben een verhoogd risico op gezondheidsproblemen. Het risico op sterfte is bij eenzame mensen aanzienlijk groter dan bij anderen. |
| Jongeren | Jongeren vormen een risicogroep als gevolg van ongezonde leefwijzen. |
| Mensen met functiebeperking | Te veronderstellen valt dat de (toenemende) groep mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische functiebeperking die in de wijk woont, ook een verhoogd gezondheidsrisico loopt. Gegevens hierover zijn nog niet voor handen. |
| Specifiek | |
| Mannen, jongeren, ongehuwden | Als het gaat om overmatig alcoholgebruik in Hengelo vormen mannen, jongeren en ongehuwden risicogroepen. |
| Jongeren en vrouwen | Voor wat betreft toenemend roken ligt het risico landelijk gezien met name bij jongeren en vrouwen . |
| Dak- en thuislozen, verslaafden, prostituees | Over risicogroepen als dak- en thuislozen, verslaafden en prostituees is weinig specifieke informatie voor Hengelo bekend. |

Risico-items: Roken, drinken, gebrek aan beweging, voeding, gewicht, mishandeling en psychische/ eenzaamheidsproblemen en pesten komen naar voren als risico-onderwerpen.

Risicogroepen: met name zijn dit uitkeringsgerechtigden (belangrijkste), laag opgeleiden en vrouwen. In brede zin betreft het mensen met een lage sociaal economische status. Als het gaat om alcohol zijn dit jongeren (20-34 jaar).

3.3.6 Eindconclusie

Hengelo wijkt over de hele linie van gezondheidsitems, mede in relatie tot de demografische gegevens, niet erg af van Twente. Dit is positief omdat in grotere steden de gezondheidssituatie vaak slechter is dan in kleine gemeenten.

Hart- en vaatziekten zijn een extra risicofactor in Hengelo. Het aantal mensen met overgewicht is hoger dan in Twente. Het lid zijn van een vereniging is in Hengelo lager dan in Twente. Dat geldt ook voor de beoordeling van woning, woonomgeving en veiligheid. Roken, drinken, gebrek aan beweging, voeding, gewicht, mishandeling en psychische/ eenzaamheidsproblemen en pesten komen naar voren als risico-onderwerpen.

Risicogroepen in de volwassen lijn zijn met name uitkeringsgerechtigden (belangrijkste), laag opgeleiden en vrouwen. In brede zin betreffen het mensen met een lage sociaal economische status. Als het gaat om drank zijn dit jongeren (20-34 jaar).

Schema Gezondheidssituatie

| Indicatoren | Gezondheidssituatie |
|--|--|
| Sterfte (†) per 1000 gecorrigeerd | 2001 Hengelo: mannen 8,7 vrouwen 9,4 (2001 Twente: mannen 9,3 vrouwen 9,7 2001 Nederland: mannen 7,7 ¹ vrouwen 7,9 ¹) |
| † Hart en Vaatziekten | † H&V mannen Hengelo groter dan Ned. (40% in Twente, 36% in Nederland) |
| † Kanker | 28 % in Twente (27% in Nederland) |
| Chronische aandoening aan bewegingsapparaat | Volwassenen in Hengelo en Twente: 50% |
| Roken | - Jongeren Twente (12-19 jaar): 22% neemt toe met leeftijd - Volwassenen Twente 32%, Hengelo 35% - Ouderen Twente: 22% |
| Alcohol | - Jongeren Twente 21 % stevige drinkers (m.n. weekend) - Volwassenen Twente 82% drinkers, 10% zwaar - Volwassenen Hengelo 80%, 10% zware drinkers (veel 20-34 jarigen) |
| Bewegen en Sporten | - Jongeren Twente: sport afname van 73% → 56% - Volwassenen Twente: bewegen 61% onder de norm, 37% lid sportvereniging - Volwassenen Hengelo: bewegen 64% onder norm, 31% lid sportvereniging - Ouderen Twente: weinig actieve vrijetijdsbesteding |
| Voeding | Jongeren: Twente 13% en in Hengelo 11% 3 dagen ontbijten |
| Gewicht | - Jongeren Twente: 16% overgewicht - Volwassenen Twente 48% overgewicht, in Hengelo 53% overgewicht - Ouderen Twente: 45% overgewicht |
| Psychische problematiek | In Twente: - Jongeren: 3% depressieve basisstemming - Ouderen: 20% negatieve gevoelens (eenzaam, angst, neerslachtig)** |
| Pesten | - Jongeren in Hengelo: 20% soms gepest (in Twente 17%), waarvan 2% vaak. |
| SEGV Lagere SES | In Nederland: - 3,5 jaar eerder sterfte - 12 jaar minder gezonde levensjaren - Jongeren met lage SES: meer roken, drinken, overgewicht, sociaal psychische problematiek - Volwassene met lage SES: over de gehele linie van gezondheidsitems slechter - Volwassenen Hengelo scoren slechter op: gezondheidsbeleving, -klachten chronische aandoeningen geestelijke gezondheid. - Ouderen: eenzaamheid, behoefte aan zorg groter |
| Alleenstaanden aantal | - neemt toe |
| Gebruik mantelzorg | Volwassenen: 0,5% Ouderen: 20% |
| Woning, woonomgeving, veiligheid, leefbaarheid | Hengelo: 7,7; Twente >7,7 |

Gegevens afkomstig van afdeling O&O en van GGD o.b.v.m.n. onderzoek *leefstijl jongeren '97, ouderen '00, volwassenen '02 (20-65jr), gezondheidsatlas '00*¹ o.b.v. CBS 2003

3.4 Aanbevelingen voor de gemeente Hengelo

Op basis van de gezondheidssituatie komt de GGD voor Hengelo tot de volgende aanbevelingen. Het is belangrijk om achterstanden en gezondheidsproblemen te voorkomen en te bestrijden. Sociaal economische gezondheidsverschillen is een onderwerp dat steeds pregnanter de aandacht krijgt. De gezondheidstoestand van bepaalde bevolkingsgroepen wijkt duidelijk in ongunstige zin af van het landelijk gemiddelde. Uit landelijk onderzoek blijkt duidelijk dat het verschil in levensjaren en gezonde levensjaren tussen de meer welgestelde en de minder welgestelde heel groot is namelijk 3,5 jaar respectievelijk 12 jaar. De onderzoeken onder jongeren en ouderen geven op veel momenten een verschil tussen de sociale klassen te zien, dat altijd ten nadele van de zwakkeren uitvalt.

Met name op het gebied van hart- en vaatziekten, de voornaamste doodsoorzaak in Nederland en dus ook in Twente, is door middel van preventie veel gezondheidswinst te behalen. Leefstijl (roken, voeding, beweging, ontstressen) speelt hierbij een belangrijke rol. Voor alle leeftijdsgroepen kan interventie gepleegd worden. Ziekten van de ademhalingsorganen (o.a. CARA) verdienen ook aandacht. De beïnvloedbare determinanten voor longziekten liggen op het vlak van omgeving, denk hierbij aan medische milieukunde en leefstijl m.n. roken.

Borstkanker lijkt meer voor te komen in Twente. Determinanten hebben een genetische component en een leefstijl component. Interventie hierbij moet zich richten op vroegsignalering (borstkankerscreening) en leefstijl (roken, voeding, milieu).

Jongeren

Bij jongeren is de meeste gezondheidswinst te behalen. Aangezien een gezonde leefstijl nog altijd de belangrijkste remedie is, bij het voorkomen van ziekten zoals aandoeningen aan hart en bloedvaten, luchtwegen en kanker, zou hiervoor bij deze bevolkingsgroep zeker aandacht moeten zijn.

Concreet betekent dit dat bij de jongeren moet worden ingezet op:

- terugdringen alcoholgebruik
- terugdringen ernstig overgewicht (beweging en voeding)
- verder terugdringen roken
- aandacht voor pesten op voortgezet onderwijs
- terugdringen gebruik alcohol in verkeer

Ouderen

Aandacht voor deze bevolkingsgroep is nodig om zo lang mogelijk een goede kwaliteit van leven te behouden. Daarbij moet in ieder geval aandacht zijn voor gezondheidsproblemen als hoge bloeddruk, slijtage van gewrichten en CARA.

Belangrijke leefstijlfactoren in dit kader zijn:

- voldoende lichaamsbeweging
- terugdringen overgewicht
- terugdringen roken
- terugdringen alcoholgebruik

Daarnaast neemt landelijk het aantal ouderen toe dat psychische problemen krijgt als gevolg van eenzaamheid.

Volwassenen

Uit het oogpunt van gezondheid is het bij volwassenen belangrijk met name de aandacht te richten op

- voorkoming van mishandeling (huiselijk geweld)
- terugdringing van zwaar alcoholgebruik
- bevordering van beweging
- vermindering van roken.

Algemeen

In algemene zin verdienen hart- en vaatziekten (HVZ), kanker en ziekten aan de ademhalingsorganen blijvend aandacht de komende jaren. Er zal aandacht besteed moeten worden aan factoren die het risico op deze aandoeningen verkleinen zoals:

- minder roken (longkanker, hart- en vaatziekten)
- meer lichaamsbeweging (i.v.m. hoge bloeddruk en beloop van CARA)
- terugdringen overgewicht (hart- en vaatziekten)
- goede voeding (hart- en vaatziekten en kanker)

Verkeersongevallen terugdringen blijft een landelijke prioriteit. Hierbij kan aangesloten worden bij de tweede fase van het convenant Startprogramma Duurzaam Veilig.

Het onderwerp geestelijke gezondheidszorg kan ook als ingang voor beleid gekozen worden. Het kan breed opgepakt worden door wachtlijsten in de GGZ zorgsector, maar ook pesten op school, stress, jongeren en levensvragen, eenzaamheid van ouderen.

Aanbevelingen GGD voor Hengelo

| Interventie-onderwerp | jongeren | ouderen | volwassenen | algemeen |
|---|-----------------|----------------|--------------------|-----------------|
| bevordering beweging | X | X | X | |
| terugdringen overgewicht | X | X | X | |
| gezonde voeding | X | | | X |
| terugdringen roken | X | X | X | |
| terugdringen (zwaar) alcoholgebruik | X | X | X | |
| terugdringen alcoholgebruik in verkeer | X | | | |
| terugdringen pesten in voortgezet onderwijs | X | | | |
| voorkoming mishandeling | | X | | |
| terugdringen eenzaamheid | | | X | |
| terugdringen verkeersongevallen | | | | X |
| brede bevordering geestelijke gezondheid (GGZ-zorg, pesten, stress, levensvragen bij jongeren, eenzaamheid ouderen) | | | | X |
| terugdringen sociaal economische gezondheidsverschillen (segy) | | | | X |
| terugdringen borstkanker door vroegsignalering en leefstijl | | | | X |
| risicoverkleining HVZ, kanker, ademhalings-ziekten door bevordering: roken↓, beweging ↑, overgewicht ↓, goede voeding | | | | X |
| Gezonde luchtomgeving | | | | X |

3.5 (Gezondheids)zorgvoorzieningen

Aanwezigheid en spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen

De GGD Regio Twente, de gezondheidsdienst die werkzaam is voor de gemeenten uit deze regio, voert een groot aantal taken uit op het gebied van de (preventieve) gezondheidszorg. Dit varieert van wettelijke taken op het gebied van jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding tot onderzoek naar de gezondheid en leefstijl van de bevolking.

Het RIO Centraal Twente is het regionaal orgaan van de gemeenten dat indicaties verzorgt op het gebied van de AWBZ. Daarmee vormt het RIO een toegangspoort tot de care. Het aanbod in de care is sterk in ontwikkeling. Dit komt met name door het rijksbeleid dat wachtlijsten moeten worden opgelost en dat vraaggericht gewerkt moet worden.

Gezondheidsvoorzieningen waarover Hengelo beschikt zijn onder meer een algemeen ziekenhuis, intramurale en extramurale verpleegzorg en verzorgingshuiszorg. Daarnaast zijn er in Hengelo ook een behandel- en een dagbestedingsvoorziening voor mensen met een psychiatrische functiebeperking. Voor de verslavingszorg is er Tactus. Hengelo heeft meerdere voorzieningen voor vrouwenopvang en hulpverlening. Ten behoeve van de jeugd is er het bureau jeugdzorg. Ook zijn er woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking en dagbestedingsvoorzieningen voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische functiebeperking. De laatste jaren wordt steeds meer zorg geboden in de thuishouding (vermaatschappelijking van de zorg) van mensen. In toenemende mate wordt dan ook rekening gehouden met mensen met een lichamelijke functiebeperking bij bouw van woningen en worden woningen aangepast. De afd. Wvg en Wonen van de gemeente spelen hierbij ook een rol. Ook is er een Steunpunt Informele Zorg in Hengelo die vrijwilligers inzet ter ontlasting van mantelzorgers. Over een specialistisch revalidatiecentrum beschikt Hengelo niet, dit is gelegen in Enschede. Ook grenzend aan Hengelo komt er een centrum voor specialistische hartchirurgie in Enschede.

Eerstelijnsvoorzieningen (zoals huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten) zijn verspreid door de stad te vinden. Vanwege de toenemende druk op deze voorzieningen en het belang van een goede spreiding is de gemeente doende (faciliterend) beleid te ontwikkelen. Aanzet hiervoor is de notitie huisartsenbeleid die de gemeente dit jaar heeft uitgebracht. De beroepsgroepen zelf zijn zich ook aan het bezinnen op hun situatie.

Het gezondheidspark is in ontwikkeling. De locatie hiervan is het gebied van en rondom het ziekenhuis in de wijk Woolde. Doel is een plek te creëren voor een variatie aan (gezondheids)zorgvoorzieningen waarbij de concentratie hiervan op één locatie bijdraagt aan een kwalitatief hoog voorzieningenniveau.

In zowel de wijken Hasseler Es als Slangenbeek bevindt zich een centrum met gezondheidszorgverleners uit diverse beroepsgroepen. Ook in de Hengelose Es wordt hieraan gewerkt.

In Hengelo is het Regionaal Patiënten Consumenten Platform gevestigd. Het Informatie- Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) maar hiervan deel uit. Ook heeft Hengelo een Gezondheidsinformatiepunt welke gevestigd is in de bibliotheek.

De belangrijkste ziektekostenverzekeraar hier, Amicon onderdeel van Menzis), is gevestigd in Enschede. Het Zorgkantoor, het uitvoeringskantoor voor wat betreft de AWBZ valt hier ook onder.

Toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen

Informatie uit het veld leidt tot het volgende beeld. Over het algemeen spreekt men over een goede bereikbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid van gezondheidszorg in Hengelo.

Wel ervaart men enkele knelpunten, zoals:

- te weinig woningen voor mensen met een functiebeperking (a.g.v. vooral de vergrijzing maar ook de vermaatschappelijking van de zorg)
- er zijn wachtlijsten voor diverse vormen van care

- er is onvoldoende personeel in de zorg
- de toegankelijkheid van locaties van de eerste lijn voor patiënten is vaak niet optimaal
- de vraaggerichte werkwijze in de care kan onder druk komen te staan door de (als zodanig ervaren) dominantie van een aanbieder op dit terrein.
- Er is zorg over de mate waarin het RIO opgewassen zal zijn tegen de steeds breder wordende taak en een aanzienlijke toename van het aantal indicatieverzoeken.
- Te weinig informatie aan de burger over de mogelijkheden in de zorg
- Te weinig beschikbaarheid van bouwlocaties voor zorgvoorzieningen

Afstemming

Op diverse manieren onderhoudt de gemeente contact met de verschillende instellingen die werkzaam zijn op het gebied van volksgezondheid. Met een aantal van hen gebeurt dit middels structureel overleg. Dit geldt bijvoorbeeld voor de GGD Regio Twente, Thuiszorg, Hengelose Huisartsenvereniging, het ziekenhuis (SMT), Tactus en gehandicaptenorganisaties. Daarnaast wordt overleg gevoerd gekoppeld aan projecten of op ad hoc basis ter afstemming van activiteiten zoals bijvoorbeeld met Informele Zorg Twente. Hiertoe worden zonedig ook bijeenkomsten georganiseerd, waarvoor betrokkenen worden uitgenodigd zoals over de eerstelijnszorg.

Afstemming tussen preventie, cure (behandeling) en care (zorg) blijft de aandacht van het beleid vragen.

Signalering

Over de algemene gezondheidssituatie van de Hengelose bevolking en (dreigende) lacunes in de gezondheidszorg worden signalen verzameld. Dit gebeurt echter niet gecoördineerd en systematisch maar middels de contactmomenten van instellingen met de gemeente of en in dringende gevallen daarbuiten. De GGD voert een onderzoeksprogramma uit voor de gemeente bestaande uit een onderzoek onder jeugd, volwassenen en ouderen. De tweede cyclus hiervan is dit jaar van start gegaan met een onderzoek onder de jeugd (via de computer). Het programma is echter in ontwikkeling en dit bemoeilijkt de vergelijkbaarheid van verzamelde data. De aansluiting tussen benodigde beleidsgegevens en dat wat onderzocht wordt is nog beperkt.

Gemeente en gezondheidszorgvoorzieningen

De gemeente richt zich in relatie tot gezondheidszorgvoorzieningen op:

- afstemming/ samenwerking aangaande collectieve preventie;
- bespreking signalen over spreiding, bereikbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen;
- bespreking signalen over lacunes in de zorg;
- bespreking signalen over gezondheidssituatie Hengelose bevolking;
- afstemming gemeentelijk beleid en beleid gezondheidszorgvoorzieningen;
- zonedig actie ondernemen naar andere overheden of instellingen.

Ten aanzien van door de gemeente gefinancierde instellingen of activiteiten houdt de gemeente zich ook actief bezig met de inhoud en wijze van zorgverlening. Dit geldt dus voor organisaties zoals de GGD Regio Twente, Thuiszorg (mbt. jeugdgezondheidszorg 0-4jarigen), AMW, Tactus.

4 INVENTARISATIE ACTIVITEITEN EN KNELPUNTEN WAT GEBEURT ER IN DE GEMEENTE EN WAT ZIJN DE KNELPUNTEN?

4.1 Quick scan Lokaal gezondheidsbeleid Hengelo

Algemeen

De gemeenten Hengelo en Dinkelland hebben gezamenlijk een vragenlijst uitgezet onder zowel de bij het lokaal gezondheidsbeleid betrokken externe partijen als de betrokken interne gemeentelijke afdelingen. Het doel van deze quick scan in de vorm van de vragenlijst is om als gemeente, in aanvulling op de gegevens die we van de GGD hebben ontvangen, beter geïnformeerd te raken over de activiteiten die op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid al worden uitgevoerd, de door partijen ervaren knelpunten en eventuele suggesties voor verbetering die de gemeente kan bewerkstelligen. Deze informatie vormt belangrijke input op basis waarvan de gemeente haar lokaal gezondheidsbeleid concreet zal vormgeven. Op deze wijze hoopt de gemeente dat haar lokaal gezondheidsbeleid zal aansluiten bij de bestaande en ervaren werkelijkheid.

Nadrukkelijk wordt opgemerkt dat het hier om een quick scan gaat. Dat wil zeggen dat er een globale indruk is verkregen van de verrichte activiteiten en de ervaren knelpunten. De uitkomsten hebben geen wetenschappelijke status en zullen ook niet geheel volledig zijn. De uitkomsten bieden echter wel voldoende aanknopingspunten om richting te geven aan het lokaal gezondheidsbeleid.

Respons Hengelo

In de respons wordt een onderscheid gemaakt in de externe en interne respons. In de bijlage is een compleet overzicht opgenomen van de respondenten.

Extern

| | |
|------------------------------|-----|
| Verstuurd aantal quick scan: | 79 |
| Gereageerd: | 52 |
| Respons procentueel: | 66% |

Bij de respons is gekeken naar het aantal organisaties dat de vragenlijst heeft ingevuld. Sommige organisaties hebben wel gereageerd maar aangegeven de vragenlijst niet te kunnen invullen. Deze reacties zijn niet meegenomen in de respons. Soms hebben de verschillende divisies van een organisatie afzonderlijk gereageerd. Dit is als 1 respons gerekend omdat er ook 1 quick-scan was verstuurd.

| <i>Organisatie die hebben gereageerd</i> | | | |
|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| GGD Regio Twente | JP v.d. Benthichting | Stichting Interakt | 't Iemenschoer |
| Ambulance Oost | Arcon | St. Gehandicaptenraad Hengelo | Bataafse Kamp |
| Zorgservice Twente | Amicon Zorgverzekeraar | Seniorenraad | Dr. Schaepmanstichting |
| Het Zorgbureau Twente | | KBO | VCPOCT |
| Vereniging Philadelphia | Zorgkantoor | Cosbo | De Zevensprong |
| De Twentse Zorgcentra | Woningbeheer St. Joseph | Natuur Milieuraad Hengelo | Openbaar primair onderwijs Hengelo |
| Carint: diëtiek- en voedingsvoorlichting, Gezondheidsservice, JGZ, SWOH, AMW | Regionaal genootschap Fysiotherapie Twente | St. Philadelphia Zorg Salland/Twente | Montessorivestiging OSG Woolder Meent |
| Jarabee | St. Thuiszorg Oost Overijssel | Steunpunt informele zorg | De Stiepel |
| Tactus | Verloskundige Praktijk Dora | Stichting Dagcentra Twente | ROC Oost Nederland |
| Bureau Jeugdzorg Overijssel | Verloskundige praktijk Natal | VOC Tandem Twente | Regio Politie Twente |
| MEE Twente | NIDOS | St de Eik | Sportstichting De Springplank |
| Advies en meldpunt kindermishandeling | Streekziekenhuis Midden Twente | DHV Twente | Sportraad Hengelo |
| Mediant | Stichting Humanitas Onder Dak Twente | NMT-afdeling Twente | RIO |
| Trivium | | | |

Intern

| | |
|------------------------------|-------|
| Verstuurd aantal quick scan: | 20 |
| Gereageerd: | 20 |
| Respons procentueel: | 100%* |

De vragenlijst is naar de 8 sectorhoofden van de dienst Sociale Zaken en Welzijn en de dienst Stedelijk Beheer en Ontwikkeling gestuurd. Zij hebben de vragenlijst naar eigen inzicht verspreid. Daarnaast is de lijst gericht gestuurd naar enkele personen binnen de bestuursdienst.

| <i>Gemeentelijke organisatieonderdelen die gereageerd hebben</i> | | | |
|--|----------------------|---------------------------|-------------------|
| Ruimtelijke Inrichting | Integrale veiligheid | Werk&subsidies | Minderhedenbeleid |
| Regulering Leefomgeving | Brandweer | Projecten&Activering SoZa | Emancipatie |
| Wijkbeheer | Wijkaanpak | WVG | POI |
| Economische Zaken | Zorg | Onderwijs&jeugd | |
| Wonen | Sociaal Beleid | Sport&recreatie | |
| | | | |

Verwerking

Alle reacties zijn in bijgevoegde overzichten verwerkt. Ten aanzien van de verwerking van de quick scans zijn de volgende opmerkingen te maken:

- Identieke organisaties hebben bij eenzelfde onderwerp de quick scan soms anders ingevuld. De vrijheid is genomen om dit aan te passen en aan de hand van de beschreven concrete activiteiten de betrokkenheid op een bepaald werkveld te wijzigen. Op deze wijze is een meer uniforme interpretatie mogelijk;
- Activiteiten op het gebied van belangenbehartiging en advisering zijn onder het kopje “anders” opgenomen.
- Sommige instellingen en beroepsgroepen zijn sterk vertegenwoordigd. In het algemene overzicht zijn alle respondenten opgenomen. Daar waar de verrichte activiteiten een grote mate van overeenkomst vertonen zijn deze onder de algemene noemer van beroepsgroep of organisaties opgenomen, b.v. scholen. Op deze wijze wordt voorkomen dat de problematiek van organisaties die sterk zijn vertegenwoordigd gaat domineren. Indien een reactie vaak binnen deze groep werd gemaakt is dat getalsmatig in het overzicht opgenomen;
- Indien organisaties expliciet de doelgroep waarvoor ze werken hebben vermeld of als dit uit de tekst was te herleiden is dit vermeld. Daar waar geen specifieke doelgroep werd aangekruist werkt men in principe voor iedereen.

4.2 Analyse quick scan

Uit de ingevulde quick scans vallen een aantal zaken op die wellicht om aandacht vragen. Hieronder worden eerst een aantal algemene opmerkingen gemaakt. Vervolgens worden per thema de meest opmerkelijke zaken vermeld.

Algemeen

- Belangenorganisaties kennen een hoge responsgraad.
- De activiteiten van externe partijen ligt iets meer op het gebied van sociale omgeving en zorg. De gemeente beweegt zich iets sterker op het gebied van de fysieke omgeving.
- Externe partijen bewegen zich op terreinen die de mensen direct raken, zoals woningen, verkeer, zorg. Een meer indirect aspect als milieu wordt nauwelijks door de externe partijen benoemd. De gemeente kan een rol spelen bij aandacht voor diverse van die onderwerpen die de burger minder direct en concreet raken, maar die wel van invloed zijn op zijn/haar gezondheid.
- De externe partijen benoemen beduidend meer knelpunten dan de interne respondenten.
- De knelpunten van externe respondenten zijn vaak concreter.
- Problemen op het gebied van beschikbare financiële middelen en samenwerking c.q. afstemming worden door gemeente en veld gemaakt.
- Weinig respondenten benoemen allochtonen als specifieke doelgroep.
- Externe partijen zijn van mening dat de gemeente meer particulier initiatief moet honoreren en ondersteunen.

- De signaleringsfunctie is sterk vertegenwoordigd, de follow up lijkt dat minder te zijn.
- Veel partijen, zowel intern als extern, baseren reacties op belevingsfactor en niet op “harde” cijfers.

Leefstijl

- Tabak, alcohol en drugs
 - Alcohol-, tabaks- en drugsvoorlichting is versnipperd en wordt verspreid over een aantal jaren op scholen gegeven. Op basis van het rook-start-gedrag van de jeugd wordt door het RIVM juist geadviseerd demotiveringsactiviteiten geconcentreerd op 13-14 jarige leeftijd te geven. Derhalve is het de vraag of het huidige voorlichtingsprogramma nog aansluit bij de nieuwste inzichten in het rookgedrag van de jeugd of dat dit programma moet worden aangepast.
 - De alcohol-, tabaks- en drugsvoorlichting speelt zich primair op scholen af. Een demotiveringsbeleid voor alcohol-, tabaks- en drugsgebruik op andere locaties wordt niet uitgevoerd. Andere locaties waar aan kan worden gedacht zijn, sportverenigingen, horeca, kantines enz.
- Voeding
 - Er is primair aandacht voor overgewicht bij voedingsproblemen.
 - Een algemene preventieve aanpak is ondervertegenwoordigd.
 - Er wordt voorlichting aan kinderen gegeven. Daarbij is de betrokkenheid van de ouders zeer beperkt. Een verandering van het voedingspatroon start echter bij de ouders. Te overwegen is om programma's meer op deze doelgroep te richten.
- Beweging
 - Er zijn veel activiteiten voor de (jonge) jeugd en ouderen
 - Activiteiten primair gericht op volwassenen en de jeugd van 15-20 jaar worden gemist.
 - Er lijken voor bepaalde doelgroepen al zeer veel activiteiten op het terrein van bewegen te worden georganiseerd. De vraag is dan ook niet zo zeer of er voor deze doelgroep wel voldoende activiteiten zijn, maar of mensen uit deze doelgroepen wel voldoende meedoen aan bestaande programma's.
- Overige
 - Veel partijen geven aan dat de samenwerking en afstemming op het gebied van leefstijl verbetering behoeft.

Fysieke omgeving

- Wonen
 - De beperkte beschikbaarheid van aangepaste woningen voor ouderen en gehandicapten is opmerkelijk veel genoemd.
 - Naast aandacht voor aangepaste woningen vraagt de combinatie wonen/zorg/welzijn veel aandacht.
 - Er is vanuit de externe respondenten weinig aandacht voor de gezondheidsaspecten van woningen, scholen, wijkcentra enz. zoals asbest, wateroverlast enz. Aandacht hiervoor is te beschouwen als onderdeel van de eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid van de gemeente.
- Verkeer
 - Verkeer/vervoer in blijkt met name voor mobiliteitsbehoefte gehandicapten en senioren nog onvoldoende.
- Veiligheid
 - Bij scholen bestaan er nogal wat vragen over de verantwoordelijkheid voor speeltoestellen met name als ze na schooltijd als buurtspeelplaats worden gebruikt.
 - Niet alle speeltoestellen bij scholen voldoen aan de veiligheidseisen.
 - Bij ouderen zijn duidelijk gevoelens van onveiligheid.
- Arbeidsparticipatie
 - De aandacht voor en arbeidsparticipatie van gehandicapten is onvoldoende.
 - Dit is in zekere zin de enige opmerking over sociaal economische verschillen c.q. achterstand. Ondanks dat deze verschillen een belangrijke rol spelen in de mate van gezondheid besteden de externe respondenten er weinig aandacht aan in hun reactie.

- Het oppakken van dit onderwerp door de gemeente zelf is voor de hand liggend vanuit haar maatschappelijke verantwoordelijkheid (natuurlijk in overleg en samenspraak met partijen).
- Milieu
 - Milieu wordt nauwelijks door de externe partijen benoemd. De gemeente kan een rol spelen bij die onderwerpen die de burger minder direct en concreet raken, maar die wel van invloed zijn op zijn/haar gezondheid.
- Overige
 - Ook de samenwerking en afstemming op het gebied van fysieke omgeving kan volgens partijen worden verbeterd.

4.3 Sociale omgeving

- Eenzaamheid
 - Er zijn veel activiteiten op het terrein van eenzaamheidsbestrijding. Er blijkt geen vorm van afstemming en samenwerking tussen partijen.
 - Partijen melden dat er toch sprake is van een enorme eenzaamheid.
 - Deze signalen lijken strijdig met de omvang van het aanbod. Deze signalen nodigen dan ook uit tot nader onderzoek: Zijn deelnemers aan de activiteiten nog steeds eenzaam, sluiten de activiteiten voldoende aan bij de wensen, of wordt de doelgroep niet bereikt.
 - Het aantal vrijwilligers loopt terug
- Wijkaanpak
 - Uit de reacties blijkt dat de wijkaanpak door steeds meer organisaties wordt overgenomen en dat ook zij hun activiteiten op de wijk gaan richten.
- Mantelzorg
 - Er is veel aandacht voor signalering en instructie. Relatief weinig aandacht voor daadwerkelijke ondersteuning en ontlasting.
- Pesten
 - Het pestprotocol/Marietje Kesselproject heeft duidelijk zijn uitwerking. Veel partijen besteden aandacht aan pesten.
- Huiselijk geweld
 - Het project Huiselijk Geweld heeft duidelijk zijn uitwerking. Veel partijen besteden aandacht huiselijk geweld.
 - Er zijn weinig activiteiten op het terrein van preventie van huiselijk geweld.
- Overlast
 - Scholen kampen met overlast van hangjongeren/criminaliteit
 - Samenwerking en afstemming op het gebied van sociale omgeving kan volgens partijen worden verbeterd.

Zorg

- Eerste lijn
 - De toegankelijkheid van locaties van dienstverleners is vaak niet optimaal. De bereikbaarheid van patiënten in de thuissituatie is eveneens vaak moeilijk.
- Tweede lijn
 - Andere ketenpartijen vinden het Rio onvoldoende toegerust voor haar taak.
- Thuiszorg
 - Gesignaleerd wordt dat de keuze vrijheid van de cliënt belemmerd wordt wanneer er sprake is van een monopoliesituatie van Carint
 - Gebrek aan vrijwilligers
- Maatschappelijk werk
 - Verlies van onafhankelijkheid SWO, nu dat een onderdeel is geworden van Carint.
- Anders
 - Ketenzorg is nog onvoldoende ontwikkeld
 - Actievere houding van gemeente wordt gewenst ten aanzien van 1^e lijn

4.4 Conclusies

Hieronder worden op basis van de quick-scan de onderwerpen benoemd waar de gemeente zich de komende periode op zou kunnen richten. Dit dient echter nog nader afgewogen te worden en in relatie gebracht te worden met informatie over bijvoorbeeld gezondheidssituatie, beleid en kaderstelling van de raad. Het onderwerp financiën is buiten beschouwing gelaten. De gemeente gaat er vooralsnog vanuit dat er geen intensiveringmiddelen beschikbaar zijn. Bij de concrete uitwerking van de verschillende onderwerpen zal blijken of er sprake is van een herschikking van budget. Daarbij vragen sommige onderwerpen niet om extra intensiveringmiddelen maar eerder om een andere gemeentelijke inbreng en een aanpassing van de inzet van gemeentelijke instrumenten.

Verder zij opgemerkt dat het oplossen van knelpunten op het gebied van financiering van de zorg, wachtlijsten of zorgcapaciteit niet de verantwoordelijkheid is van de gemeente. Deze verantwoordelijkheid ligt bij het zorgkantoor c.q. zorgverzekeraar. De gemeente zal dit bij genoemde partijen wel aankaarten, doch kan geen concrete oplossing bieden.

Allereerst worden er algemene thema's benoemd. Vervolgens wordt er ingegaan op de specifieke onderwerpen leefstijl, fysieke- en sociale omgeving en zorg.

Algemeen: Regierol

Veel partijen vragen de gemeente de regierol op zich te nemen. Het is daarom zaak om met partijen af te stemmen wat er qua afstemming en samenwerking ontbreekt, wat een ieder precies bedoeld met een regierol en hoe daar vorm aan kan worden gegeven.

- Samenwerking / subsidiebeleid

Frequent is gewezen op de matige samenwerking tussen partijen. Behalve vanuit een regierol kan de gemeente ook middels haar subsidiebeleid een betere samenwerking stimuleren, zowel door samenwerking als voorwaarde op te nemen als door concrete prestatieafspraken te benoemen.

Ook is van belang te onderzoeken of er prestatie-indicatoren aan de subsidies kunnen worden verbonden.

- Meer bekendheid lokaal gezondheidsbeleid / klankbordgroep

Uit de reacties blijkt dat de meeste respondenten zich bewegen en/of reageren op de terreinen zorg en welzijn. Zoals al opgemerkt is er relatief weinig aandacht voor onderwerpen die minder zichtbaar en wellicht minder direct de gezondheid schaden zoals milieu, bebouwde omgeving, preventie en voor preventieve zorg. Door een klankbordgroep in te stellen zou de gemeente een meer permanente interactie kunnen bevorderen op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid. Voordeel is dan ook dat partijen beter worden voorgelicht over de aspecten van lokaal gezondheidsbeleid, zodat men daar vanuit de eigen organisatie meer aandacht aan kan schenken.

Leefstijl

- Tabak, alcohol en drugs
 - In overleg met betrokken partijen kan worden beoordeeld of het huidige voorlichtingsprogramma nog aansluit bij de nieuwste inzichten in het rookgedrag van de jeugd of dat dit programma moet worden aangepast c.q. moet worden geconcentreerd.
 - In overleg met horeca, sportverenigingen, buurtcentra is te bezien of ook vanuit de sectoren zelf een verantwoord alcohol-, tabaks- en drugsgebruik kan worden gepromoot.
- Voeding
 - In overleg met betrokken partijen kan worden bekeken of het bestaande programma zich meer op de ouders kan richten en op volwassenen in het algemeen.
 - In overleg met winkeliers kan gekeken worden of er voedingsbewust acties kunnen worden gestart.
 - Met Mediant kunnen afspraken gemaakt worden over hoeveel tijd besteed wordt aan bijv. eetstoornissen in het kader van lesprogramma's over leefstijl op scholen.
- Beweging
 - Nieuwe en bestaande activiteiten toegespitst op: jeugd van 15-20 jaar, en volwassenen.
 - In overleg met de seniorenraad is te bekijken of en waar er een jeux de boulesbaan kan worden aangelegd.

Fysieke omgeving

- Wonen
 - Actief beleid voeren op de keten wonen/zorg/welzijn lijkt van belang. Realisatie van zorgwoningen zou hier deel van kunnen uitmaken.
- Vervoer
 - In overleg met het ziekenhuis kan worden beoordeeld of de aanrijdroute van de ambulance kan worden verbeterd.
 - In overleg met het openbaar vervoer is te bezien of de bereikbaarheid van het ziekenhuis kan worden verbeterd.
 - Ingezet kan worden op de verbetering van verkeer/vervoer aansluitend bij de mobiliteitsbehoefte van mensen met een functiebeperking.
- Veiligheid
 - Continuering van het project veilige school wordt als gewenst gezien;
 - In overleg met de scholen kan worden bezien of er extra afvalcontainers bij scholen worden geplaatst.
 - Inventarisatie en zonodig verbetering van het onderhoud aan de groenvoorzieningen bij scholen wordt gewenst.
 - Communicatie naar scholen toe over de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van speeltoestellen na openingstijden van scholen is gewenst.

Sociale omgeving

- Eenzaamheid
 - Het ligt voor de hand om samenwerking te bevorderen tussen organisaties die projecten op het gebied van eenzaamheid starten.
 - Regionaal onderzoek naar eenzaamheid lijkt zinvol waarbij wordt gekeken naar mate van eenzaamheid, kenmerken vereenzaamde mensen, mogelijke oplossingen/activiteiten, mate en wijze van stimulans.
 - Onderzoek kan worden gedaan naar de noodzaak tot het oprichten van een meldpunt voor follow up.
- Overlast
 - Wenselijkheid van de verdere ontwikkeling van de school als algemene jongerenvoorziening kan worden onderzocht.

Zorg

- Thuiszorg
 - Het lijkt van belang te onderzoeken of vrijwilligerswerk (mantelzorg) gestimuleerd kan worden, middels continueren steunpunt informele zorg.
- Overig
 - Onderzocht kan worden of informatie te bundelen is bij één onafhankelijk zorgloket.

5 EVALUATIE VORIG ACTIVITEITENPROGRAMMA

WAT IS DE INPUT VAN HET VORIGE PROGRAMMA VOOR DE GEMEENTE?

5.1 Inleiding

In juli 2003 is het werkprogramma dat is opgesteld als uitvoeringsinstrument van het in de Nota Gezond Hengelo 1997-2002 geformuleerde beleid geëvalueerd.

Er is voortgeborduurd op het werkplan 1997-1998 Gezond Hengelo en het werkplan 1999-2000 Gezond Hengelo. Daarnaast is gebruik gemaakt van informatie die verstrekt is door betrokken medewerkers.

De evaluatie betreft de volgende beleidsonderdelen: Preventiebeleid (11 activiteiten), Zorgbeleid (7 activiteiten) en Facetbeleid (2 activiteiten). Hieronder een samenvatting van deze evaluatie.

5.2 Conclusie & Aanbevelingen

Conclusie

Gemeente Hengelo is één van de eerste gemeenten geweest in Nederland met een nota Gezondheidsbeleid. Gebleken is dat zo'n beleidsdocument waardevol is voor zowel de externe organisaties die raakvlakken hebben met dit beleid als interne leidraad voor het eigen functioneren, prioriteitsstelling en verdere gemeentelijke beleidsdocumenten. Bovendien hebben gemeenten in de Regio Twente de nota's van Hengelo en Enschede (die ze destijds gezamenlijk hebben opgesteld) gebruikt voor de totstandkoming van hun eigen nota's.

Procesaanbevelingen

De procesaanbevelingen zijn als volgt samen te vatten. Het gebruik van een werkprogramma blijkt heel belangrijk om te zorgen dat het beleid ook daadwerkelijk geoperationaliseerd wordt. De onderverdeling in (3) subbeleidsterreinen helpt om het overzicht over het activiteitenprogramma niet te verliezen. Voorkómen van een periode zonder werkprogramma, zorgen dat er aandacht en tijd is voor bewaking van de voortgang (door een monitoring groepje o.i.d.) en een zo concreet mogelijk programma zijn hierbij van groot belang. Vooraf helderheid over de ter beschikkingstaande middelen blijkt een voorwaarde te zijn voor uitvoering van activiteiten. Adviezen op deze punten die op grond van de ervaringen met deze eerste ronde gemeentelijk gezondheidsbeleid gedaan kunnen worden, zijn terug te vinden bij de procesaanbevelingen.

Inhoudsaanbevelingen

Wat betreft de inhoud lijkt het wenselijk de volgende activiteiten mee te nemen in de selectie voor te kiezen activiteiten voor het nieuwe werkprogramma. Enerzijds omdat deze activiteiten zijn blijven liggen bij uitvoering van het vorige werkprogramma dan wel verdere ontwikkeling behoeven of anderzijds omdat hun belang gebleken is bij uitvoering hiervan.

Preventiebeleid:

- product-/budgetfinanciering bij GGD bewerkstelligen;
- migrantenvoorlichting op specifieke gezondheidsonderwerpen/projecten;
- project 'gezonde scholen' en 'maak er geen gewoonte van' voor resp. basis en voorgezet/middelbaarberoepsonderwijs);
- formuleren subsidiebeleid en budget;

- bevorderen structureel informatiesysteem over gezondheidssituatie/ gezondheidsatlas (lichamelijke, geestelijke, sociale gezondheid);
- verbeteren informatie over gezondheids(zorg)voorzieningen.

Zorgbeleid:

- volume- en spreidingsbeleid zorg ontwikkelen;
- breed (m.n. 1elijns)zorgvoorzieningenoverleg ontwikkelen;
- vangnet zorgmijders realiseren;
- steunpunt informele zorg continueren

Facetbeleid:

- gezondheidsbeleid verder inbedden in integraal GSB.

BIJLAGE 1: Nadere beschrijving gezondheidssituatie

Inleiding

In deze beschrijving wordt een beeld gegeven van de gezondheidstoestand van de bewoners van de gemeente Hengelo.

Factoren die hierbij een rol spelen zijn:

- de sociaal-economische situatie en sociale omgeving
- feitelijke gezondheidssituatie
- leefstijl
- fysieke omgeving
- zorgvoorzieningen.

De situatieschets begint met een overzicht van de samenstelling van de bevolking (demografische gegevens).

Aan de hand van inkomensgegevens, aantallen werklozen en arbeidsongeschikten wordt iets gezegd over de sociaal economische situatie. De feitelijke gezondheidssituatie wordt beschreven aan de hand van cijfers over de ervaren gezondheid, sterfte en voorkomen van ziekten en chronische aandoeningen. Vervolgens komen factoren aan de orde die van invloed zijn op de gezondheid: leefstijl en leefomgeving. Bij de leefstijl moet je denken aan rook- en drinkgedrag, voedingsgewoonten en gedrag in het verkeer. De leefomgeving wordt beschreven aan de hand van de aspecten milieu, hygiëne en veiligheid.

Tot besluit worden enkele conclusies getrokken over belangrijkste gezondheidsproblemen.

Waar mogelijk is uitgegaan van lokale en regionale gegevens die door de GGD zijn geanalyseerd. Uit de gezondheidsatlas (gezondheidsatlas 2000 regio Twente), het leefstijlonderzoek jeugd (leefstijlonderzoek jeugdigen 1997) het onderzoek onder ouderen (ouderen in Twente 2000) en het onderzoek volwassenen in Twente (GGD, 2002) zijn gegevens gebruikt. Daarnaast zijn data gebruikt van de afdeling Onderzoek & statistiek van de gemeente. Wanneer regionale gegevens niet voorhanden waren, zijn landelijke cijfers weergegeven, waarbij de toepasbaarheid op de lokale situatie is aangegeven. Voor de landelijke gegevens is veel gebruik gemaakt van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) waarin diverse aspecten van de volksgezondheid zijn beschreven (gemaakt door het RIVM).

De gebruikte gegevens zijn niet altijd van recente datum. Het is niet altijd mogelijk om recente gegevens te krijgen omdat registraties niet compleet zijn.

Demografische gegevens

Algemeen

Uit onderstaande tabel blijkt dat de gemeente Hengelo ten opzichte van Twente sterk stedelijk bevolkt is zijn. Verder blijkt dat het percentage werklozen hoger is dan het gemiddelde van de regio Twente.

Tabel 1: algemene gegevens gemeente Hengelo

| | Hengelo | Twente |
|--|---------|---------|
| inwoners per 1-1-2002 | 80.910 | 611.797 |
| bevolkingsdichtheid per 1-1-2002 (inw/km ²) | 1.325 | 410 |

Bron: CBS

Bevolkingsopbouw

De leeftijdsopbouw van de bevolking vormt een belangrijke determinant (factor) voor de volksgezondheid. Veel ouderen geeft bijvoorbeeld een grotere druk op voorzieningen van de gezondheidszorg omdat hun gezondheid over het algemeen minder is dan van jongeren. In tabel 2 wordt gekeken naar leeftijdsopbouw van de inwoners van de gemeente Hengelo op 1 januari 2003.

Tabel 2: leeftijdsopbouw gemeente Hengelo per 1 januari 2003

| leeftijdsgroep | totaal | | mannen | vrouwen |
|----------------|---------------|----|---------------|---------------|
| | abs. | % | | |
| 0-14 | 14.984 | 19 | 7.534 | 7.450 |
| 15-24 | 9.438 | 12 | 4.846 | 4.592 |
| 25-44 | 24.741 | 31 | 12.802 | 11.939 |
| 45-64 | 19.732 | 24 | 9.952 | 9.780 |
| 65-79 | 9.306 | 11 | 4.129 | 5.177 |
| 80 e.o. | 2.757 | 3 | 800 | 1.957 |
| totaal | 80.958 | | 40.063 | 40.895 |

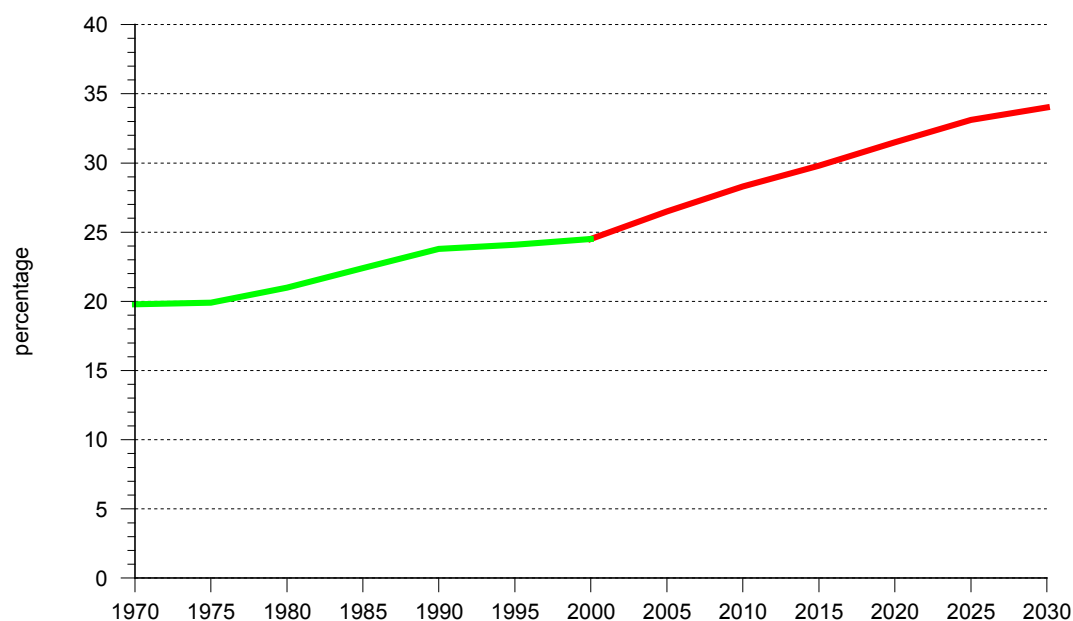
bron: GBA/ afdeling O &S

Het percentage mannen en vrouwen is bijna gelijk, 49,5% is man en 50,5% is vrouw. Wanneer gekeken wordt naar geslacht en leeftijdsopbouw valt op dat er op jongere leeftijd meer mannen zijn en op oudere leeftijd meer vrouwen. Dit laatste komt omdat vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen.

Uit de tabel blijkt dat de situatie in Hengelo vergelijkbaar is met het Twents gemiddelde. Vergeleken met eind jaren 80 valt op dat sprake is van ontgroening en vergrijzing. Het aandeel jongeren neemt af.

Figuur 1 verschaft inzicht in de ontwikkeling van het percentage mensen van 55 jaar en ouder in Hengelo. Hieruit blijkt dat deze groep nu en in de komende explosief groeit tot een een derde deel van de Hengelose bevolking.

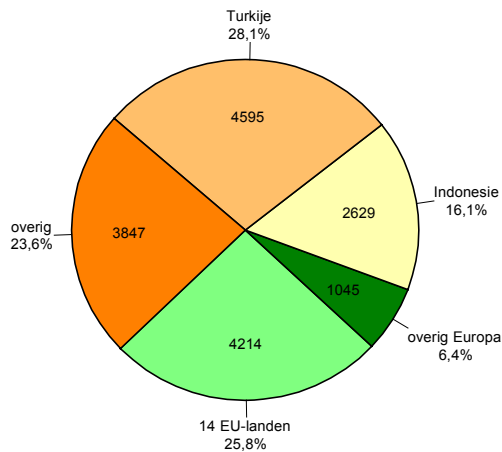
Percentage 55 jarigen en ouder, gemeente Hengelo, per 1 januari, sinds 1970.



bron: primos 2002

In figuur 2 wordt ingegaan op het aantal allochtonen naar nationaliteit in de gemeente Hengelo op 1 januari 2003.

Percentage niet-Nederlanders naar etniciteit, gemeente Hengelo, per 1 januari 2003.



bron: GBA/O&S

In totaal is 20,1% van het aantal inwoners in Hengelo allochtoon. Dit percentage ligt relatief gezien hoger dan in de regio Twente (15,5%). Het aandeel westerse en niet-westerse allochtonen is ongeveer gelijk. De grootste groep blijkt van Turkse afkomst te zijn.

Gebleken is dat verschillen optreden in leefstijl-/risicofactoren gekoppeld aan verschil in etniciteit. Voedingsgewoonten en voorkomen van hypercholesterolemie zijn gunstiger bij de allochtone dan autochtone bevolking. Overgewicht, lichamelijke inactiviteit, hypertensie en diabetes mellitus lijken vaker voor te komen bij (vooral oudere) allochtonen. Ook factoren als roken (met name onder Turkse mannen), alcohol, druggebruik en tandzorg zijn bij sommige groepen allochtonen ongunstiger terwijl het bereik met preventieactiviteiten minder is. De problematiek onder allochtonen is in een aantal opzichten vergelijkbaar met die van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. (Uit VTV 2002)

Sociaal economische status

Eén van de demografische kenmerken waarop bevolkingsgroepen kunnen worden ingedeeld, is de sociaal economische status. Uit de literatuur blijkt dat groepen met een lagere sociaal economische status over het algemeen een minder goede gezondheid hebben ten opzichte van groepen met een hogere sociaal economische status. De sociaal economische status wordt bepaald door drie indicatoren: opleiding, inkomen en beroep. Van deze drie laat opleiding de grootste gezondheidsverschillen zien. Naarmate de opleiding beter is, men een hogere functie of een hoger inkomen heeft, is de gezondheidstoestand gunstiger. De laagst opgeleide mannen leven 5 jaar korter dan de hoogst opgeleide. Bij vrouwen is dit verschil ruim 2,5 jaar. Bovendien zijn mensen met de hoogste opleiding gemiddeld bijna 10 jaar langer vrij van lichamelijke beperkingen. Het verschil in jaren dat men zich gezond voelt is 16 jaar voor mannen en 14 voor vrouwen. (VTV 2002)

Een samengestelde maat voor de sociaal economische positie van inwoners van de gemeente Hengelo is niet voorhanden.

Uit tabel 3 blijkt dat in de gemeente Hengelo het percentage lager opgeleiden lager is dan in Nederland en de regio Twente. Het percentage middelbaar opgeleiden is lager dan dat in regio Twente en hoger dan dat in Nederland. Het percentage hoger opgeleiden is in Hengelo hoger dan in Nederland en de regio Twente.

Tabel 3: opleidingsniveau gemiddeld over de jaren 1995 t/m 1997

| | lager onderwijs | middelbaar onderwijs | hoger onderwijs |
|--------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| Hengelo* | 35% | 42% | 23% |
| regio Twente | 44% | 43% | 13% |
| Nederland | 41% | 39% | 20% |

Bron: CBS

*in 2001 pakken de cijfers in Hengelo nog meer ten gunste uit van het hoger onderwijs: de Hengelose percentages voor lager, middelbaar en hoger onderwijs zijn dan resp. 32%, 40% en 28%, zo blijkt uit de enquête Leefbaarheid & Veiligheid.

Voor het inkomen is gekeken naar het besteedbaar inkomen over 1998. In de gemeente Hengelo lag het gemiddeld besteedbaar inkomen op 14.900 euro. Dit is iets hoger dan het gemiddelde inkomen van de regio Twente (€ 14.800).

Uit het onderzoek onder ouderen in Twente is gebleken dat dertig procent van de ondervraagde 65-plussers moet rondkomen van alleen AOW of een bijstandsuitkering. Tien procent kan met dit inkomen slecht rondkomen. Veertig procent van de onderzochte ouderen heeft het afgelopen jaar gebruik gemaakt van financiële voorzieningen. Slechts een kwart van de ouderen die slecht kunnen rondkomen met hun inkomen heeft het afgelopen jaar gebruik gemaakt van kwijtschelding gemeentelijke belastingen. Bijna 10% van de ouderen zegt geen aow te ontvangen. (bron: ouderen in Twente, 2000). Gegevens op gemeenteniveau zijn niet voor handen.

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat de gemeente Hengelo het qua opleiding en inkomen iets beter doet dan landelijk en regionaal.

Extra kwetsbare groepen

In tabel 4 staan links de in Nederland al langer bekende achterstandsgroepen (groepen waarin meerdere 'ongunstige' sociaal-demografische kenmerken samengaan) en rechts de relatief nieuwe groepen. Vanuit achtergrondstudies worden ook nog andere specifieke groepen genoemd bij wie vermoedelijk achterstand in gezondheid bestaat, maar waarover nog weinig bekend is. Soms omdat het een betrekkelijk kleine bevolkingsgroep betreft. Nieuwe achterstandsgroepen ontstaan bijvoorbeeld door nieuwe wetgeving waar achteruitgang in de financiële situatie vaak gepaard gaat met verslechtering van de gezondheidstoestand (bron: VTV 1997).

Tabel 4: doelgroepen in Nederland met een grotere kans op gezondheidsachterstand

| Bekende doelgroepen met grotere kans op gezondheidsachterstand | Nieuwe groepen met grotere kans op gezondheidsachterstand |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> * Oudere vrouwen * Alleenstaande oudere * (Opgroeijende jeugd in) eenoudergezinnen * Voortijdige schoolverlaters * Personen met een lage sociaal economische status * Ouderen met een minimum inkomen * Langdurig werklozen * Gedeeltelijk- /ex-WAO-ers * Doelgroepen minderhedenbeleid (Turken, Marokkanen, Surinamers, Antilianen) * Oudere migranten * Asielzoekers en vluchtelingen * Illegalen * Dak- en thuislozen * Zwerfjongeren * Bewoners achterstandswijken | <ul style="list-style-type: none"> * Kinderen uit het speciale onderwijs die regulier onderwijs (moeten) gaan volgen (gevolg recente wetgeving) * Alleenstaande oudere mannen * Langdurig armen en langdurig arbeidsongeschikten * 'Afgeschatte' arbeidsongeschikten (gevolg recente wetgeving) * 'Nieuwe' werklozen, zoals bijstandsmoeders met kinderen van 5-12 jaar die verplicht zijn werk te zoeken maar dit niet hebben kunnen vinden (gevolg recente wetgeving) * Alleenstaande allochtonen en in het bijzonder alleenstaande allochtone moeders * Alleenstaande minderjarige asielzoekers |

VTV 1997

In landelijk onderzoek is een verband aangetoond tussen werkloosheid en het bestaan van gezondheidsproblemen. Hoe de gegevens van Hengelo zich verhouden tot andere Twentse gemeenten en Nederland is in de hierna volgende tabel te zien.

Ook arbeidsongeschiktheid is als een aspect van de sociaal economische status op te vatten.

Aantal niet-werkende werkzoekenden, arbeidsongeschikten en 15 t/m 64- jarigen.

| | NWW'ers | | AO | | 15 - 64 jarigen | |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| | 1-1- 2003 | 1-1- 2004 | eerste kw. 2003 | eerste kw. 2004 | 1-1- 2003 | 1-1- 2004 |
| absolute aantallen | | | | | | |
| Almelo | 4.284 | 5.243 | 5.480 | 5.480 | 47.986 | 48.277 |
| Borne | 569 | 714 | 1.230 | 1.190 | 13.639 | 13.553 |
| Dinkelland | 475 | 570 | 1.380 | 1.360 | 16.491 | 16.406 |
| Enschede | 7.102 | 9.121 | 11.890 | 11.610 | 105.440 | 105.980 |
| Haaksbergen | 619 | 778 | 1.500 | 1.440 | 16.066 | 15.987 |
| Hellendoorn | 762 | 968 | 2.150 | 2.130 | 24.153 | 24.030 |
| Hengelo | 3.827 | 4.662 | 4.880 | 4.850 | 53.916 | 53.782 |
| Hof van Twente | 826 | 990 | 2.060 | 2.020 | 22.684 | 22.525 |
| Losser | 621 | 709 | 1.890 | 1.810 | 15.161 | 15.060 |
| Neede | 270 | 311 | 690 | 700 | 7.425 | 7.349 |
| Oldenzaal | 1.046 | 1.246 | 2.090 | 2.040 | 20.973 | 20.840 |
| Rijssen-Holten | 655 | 878 | 1.900 | 1.890 | 22.743 | 22.857 |
| Tubbergen | 330 | 399 | 1.130 | 1.090 | 12.917 | 12.890 |
| Twenterand | 1.015 | 1.247 | 2.320 | 2.310 | 22.494 | 22.477 |
| Wierden | 461 | 603 | 1.270 | 1.270 | 15.570 | 15.446 |
| Regio Twente | 22.862 | 28.439 | 41.860 | 41.190 | 417.658 | 417.459 |
| Nederland | 575.844 | 705.227 | 991.820 | 972.010 | 10.962.028 | 10.991.174 |

in procenten van het aantal 15 t/m 64 - jarigen

| | | | | |
|----------------|-----|------|------|------|
| Almelo | 8,9 | 10,9 | 11,4 | 11,4 |
| Borne | 4,2 | 5,3 | 9,0 | 8,8 |
| Dinkelland | 2,9 | 3,5 | 8,4 | 8,3 |
| Enschede | 6,7 | 8,6 | 11,3 | 11,0 |
| Haaksbergen | 3,9 | 4,9 | 9,3 | 9,0 |
| Hellendoorn | 3,2 | 4,0 | 8,9 | 8,9 |
| Hengelo | 7,1 | 8,7 | 9,1 | 9,0 |
| Hof van Twente | 3,6 | 4,4 | 9,1 | 9,0 |
| Losser | 4,1 | 4,7 | 12,5 | 12,0 |
| Neede | 3,6 | 4,2 | 9,3 | 9,5 |
| Oldenzaal | 5,0 | 6,0 | 10,0 | 9,8 |
| Rijssen-Holten | 2,9 | 3,8 | 8,4 | 8,3 |
| Tubbergen | 2,6 | 3,1 | 8,7 | 8,5 |
| Twenterand | 4,5 | 5,5 | 10,3 | 10,3 |
| Wierden | 3,0 | 3,9 | 8,2 | 8,2 |
| Regio Twente | 5,5 | 6,8 | 10,0 | 9,9 |
| Nederland | 5,3 | 6,4 | 9,0 | 8,8 |

Bron: CWI / CBS.

Gezondheidssituatie in cijfers

Levensverwachting

Een belangrijke trend is dat de levensverwachting in Nederland blijft stijgen, terwijl het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen daalt. Sinds 1980 is de levensverwachting van mannen toegenomen met 3,1 jaar en voor vrouwen met 1,4 jaar.

De gemiddelde levensverwachting voor mannen is nu ruim 75 jaar en voor vrouwen ruim 80 jaar. Ook de verwachting van het aantal gezonde jaren is toegenomen naar ongeveer 61 jaar, dit is voor mannen en vrouwen vrijwel gelijk. De overige jaren, voor mannen 14 en voor vrouwen 19, worden in minder goede gezondheid doorgebracht. Het aantal ongezonde jaren is voor vrouwen dus aanzienlijk hoger dan voor mannen. De ongezonde jaren zijn vooral toe te schrijven aan 'chronische lichamelijke aandoeningen' (denk aan longaandoeningen en bewegingsstoornissen) en psychische stoornissen.

Binnen de EU raakt Nederland, en met name vrouwen, echter achterop in toename van de levensverwachting. (VTV 2002).

VTV 2002

Tabel 2.1: Levensverwachting en gezonde levensverwachting van de Nederlandse bevolking in 2000, bij geboorte en op 65-jarige leeftijd (Bronnen: zie tekstblok 2.2).

| | Mannen | Vrouwen |
|---|--------|---------|
| Bij geboorte: | | |
| Levensverwachting | 75,5 | 80,6 |
| Gezonde levensverwachting | | |
| • levensverwachting in goed ervaren gezondheid | 61,3 | 60,8 |
| • levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen | 70,2 | 70,6 |
| • levensverwachting in goede geestelijke gezondheid | 67,4 | 68,1 |
| 65-jarige leeftijd: | | |
| Levensverwachting | 15,3 | 19,2 |
| Gezonde levensverwachting | | |
| • levensverwachting in goed ervaren gezondheid | 9,3 | 9,9 |
| • levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen | 12,1 | 12,8 |
| • levensverwachting in goede geestelijke gezondheid | 14,0 | 16,4 |

Doodsoorzaken

Er zijn vrijwel geen regionale verschillen tussen doodsoorzaken in Nederland. In de tabel zijn voor Nederland de tien belangrijkste doodsoorzaken van de afgelopen jaren weergegeven, gebaseerd op het aantal verloren levensjaren. Dit is een maat voor de sterfte waarmee informatie wordt verkregen over het aantal jaren dat er bij overlijden verloren gaat ten opzichte van de leeftijd van 65 jaar¹. Hiermee kan men overlijden op jongere leeftijd zwaarder tellen dan sterfte op oudere leeftijd. Coronaire hartziekten (ziekten waarbij de kransslagader van het hart betrokken is), longkanker en beroertes leveren de grootste bijdrage aan het totaal aantal verloren levensjaren. Uit de tabel blijkt verder dat verkeersongevallen ook hoog staat. Dit komt omdat bij verkeersongevallen vaak jonge mensen zijn betrokken en hierdoor relatief veel levensjaren verloren gaan. Het aantal verloren levensjaren is in de periode 1990-1994 licht gestegen.

De tien doodsoorzaken (zie tabel) zijn verantwoordelijk voor bijna de helft van het totaal aantal verloren levensjaren van alle doodsoorzaken samen (bron: VTV 1997).

Tabel 5: de top 10 doodsoorzaken op basis van verloren levensjaren t.o.v. 65 jaar

| Aantal verloren levensjaren | Doodsoorzaak |
|-----------------------------|---|
| >100.000 jaar | Coronaire hartziekten Longkanker Beroerte |

¹ Het cijfer wordt berekend door voor elke leeftijd beneden 65 jaar het verschil met de leeftijd van 65 jaar te vermenigvuldigen met het aantal overledenen op dezelfde leeftijd in jaren. Door sommatie van deze producten van alle leeftijden vóór 65 jaar wordt het totaal verloren levensjaren ten gevolge van overlijden vóór 65 verkregen.

| | |
|--------------|--|
| >30.000 jaar | Borstkanker Hartfalen Zelfmoord en verminking CARA Dikke/endeldarmkanker Verkeersongevallen Suikerziekte |
|--------------|--|

VTV 1997

Tabel 2.3: De belangrijkste ziekten en aandoeningen in Nederland in 2000, naar sterfte, verloren levensjaren, prevalentie, incidentie, verlies in kwaliteit van leven, en DALY's (Disability-Adjusted Life-Years) (Bronnen: zie tekstblok 2.5 en bijlage 9). Voor een uitgebreider overzicht van rangordening van ziekten en aandoeningen zie bijlagen 8 en 9.

| Rang-orde | Doodsoorzaak met meeste sterfte | Grootste aantal verloren levensjaren | Hoogste prevalentie ^a | Hoogste incidentie ^b | Meeste verlies in kwaliteit van leven | Hoogste verlies aan DALY's |
|-----------|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1 | Coronaire hartziekten | Coronaire hartziekten | Nek- en rugklachten | Infecties van de bovenste luchtwegen | Angst-stoornissen | Coronaire hartziekten |
| 2 | Beroerte | Longkanker | Gehoorstoornissen | Privé-ongevallen | Depressie | Angst-stoornissen |
| 3 | Longkanker | Beroerte | Angst-stoornissen | Nek- en rugklachten | Coronaire hartziekten | Beroerte |
| 4 | Longontsteking | Borstkanker | Contact-eczeem | Acute urineweg-infecties | Afhankelijkheid van alcohol | COPD |
| 5 | COPD | Suicide | Knie- of heupartrose | Longontsteking en acute bronchi(olij)tis | COPD | Afhankelijkheid van alcohol |

a) rangordening gebaseerd op bevolkingsonderzoeken.

b) rangordening gebaseerd op zorgregistraties.

Gezondheid op koers 2002

Sterfte in Twente en Hengelo

Nog altijd zijn hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland (36%). In Twente is het sterftecijfer als gevolg van hart- en vaatziekten hoger (40%), dit verschil is significant. Dat wil zeggen dat er meer aan de hand is dan alleen toeval. In de gemeente Hengelo bestaat voor mannen een significant verschil met Nederland in sterfte aan hart- en vaatziekten (periode 1990-1999).

De percentages voor sterfte aan nieuwvormingen (kanker) en ziekten van de ademhalingsorganen liggen in Nederland op respectievelijk 27% en 10% en voor Twente op respectievelijk 28% en 10%. Voor sterfte aan nieuwvormingen en ziekten aan de ademhalingsorganen bestaat geen verschil tussen Hengelo en Nederland (periode 1990-1999).

Trends in ziekte en gezondheid

De informatie in dit hoofdstuk is vooral afgeleid van landelijke onderzoeken. Als bron is voornamelijk de VTV gebruikt. Hoewel de informatie niet lokaal is, gaan de constatering ook op voor onze regio omdat uit onderzoek naar regionale verschillen is gebleken dat deze verschillen uiterst gering zijn.

Gezondheidsbeleving

Hoe men de eigen gezondheid ervaart wordt in belangrijke mate bepaald door de objectieve lichamelijke gezondheid, zoals chronische aandoeningen, lichamelijke klachten, beperkingen, fitheid en arbeidsongeschiktheid en tevens door psychisch (on)welbevinden en depressie. Jongeren relateren gezond voelen vooral aan fitheid en leefstijlfactoren (o.a. overgewicht, roken en lichamelijke activiteit). Mensen van middelbare leeftijd hebben meer aandacht voor lichamelijke klachten en psychisch welbevinden. Bij ouderen is de ervaren gezondheid vooral gebaseerd op chronische aandoeningen en beperkingen. Naarmate men ouder wordt baseert men het oordeel over de eigen gezondheid steeds minder op de objectieve gezondheid. De normen ten aanzien van de eigen gezondheid blijken te veranderen naarmate men ouder wordt, bijvoorbeeld doordat ouderen het ambitieniveau lager stellen. De ervaren gezondheid is dus geen absoluut begrip, maar hangt sterk af van de leeftijdsfase waarin iemand zich in bevindt.

Wat betreft de gezondheidsbeleving in Twente is uit het ouderenonderzoek naar voren gekomen dat 60% van de ouderen (55 jaar en ouder) hun gezondheid als goed of heel goed beoordelen. Dit percentage daalt met het toenemen van de leeftijd. Ten opzichte van de rest van Nederland scoren de ouderen in Twente negatiever met betrekking tot de ervaren gezondheid.

Van de inwoners van de gemeente Hengelo in de leeftijdscategorie 20 tot 65 jaar vindt 85% de eigen gezondheid goed tot uitstekend. Wanneer hierbij ook de vergelijking met de gezondheid van anderen wordt betrokken, komt er een rapportcijfer uit van 6,6. Mensen met een uitkering, zonder werk of met een lage opleiding ervaren hun gezondheid als onvoldoende. Mensen die de Nederlandse taal niet beheersen (een kwetsbare groep wat betreft hun gezondheid) hebben echter niet aan het onderzoek deelgenomen. (Volwassenenonderzoek Twente, GGD 2003)

Er zijn geen recente gegevens voorhanden over de gezondheidsbeleving van jongeren.

Chronische aandoeningen

De top tien van de meest voorkomende langdurige ziekten en aandoeningen is vooral een weerspiegeling van het voorkomen ervan in de hogere leeftijdsklassen. In die klasse is het aantal ziektegevallen veel groter dan bij jongere leeftijden. Op jonge en middelbare leeftijd treden slechts 3 à 4 ziekten op de voorgrond; astma, eczeem, rugklachten en verslavingsproblematiek. Op oudere leeftijd treden vooral gewrichtsklachten, suikerziekte, gezichtsstoornissen en hart- en vaatziekten op de voorgrond, maar komen ook frequent andere ziekten voor. In het algemeen kan worden opgemerkt dat vrouwen meer gezondheidsproblemen hebben dan mannen. Vrouwen lijden vaker aan aandoeningen als hoge bloeddruk, migraine, gewrichtsslijtage en ontsteking van neus- en bijholten. Ook zeggen vrouwen vaker last te hebben van psychische problemen. Mannen leven vaak ongezonder, ze roken meer en gebruiken vaker overmatig alcohol (bron: VTV).

Dit beeld wordt bevestigd door de uitkomsten van het onderzoek 'Ouderen in Twente 2000': meer vrouwen dan mannen hebben chronische aandoeningen. Verder blijkt dat het aantal ouderen met chronische aandoeningen toeneemt met de leeftijd. De meest voorkomende chronische aandoeningen bij ouderen zijn: een hoge bloeddruk, CARA en gewrichtsslijtage. Driekwart van de ouderen heeft één of meer chronische aandoeningen of ziekten. Vooral hoge bloeddruk en slijtage van knie- en heupgewrichten komen veel voor.

Kortdurende lichamelijke ziekten

Koploper in de top tien van de jaarlijks meest frequent voorkomende kortdurende ziekten en aandoeningen is de verkoudheid samen met bronchitis en ontstoken bijholtes.

Verder staan op deze lijst infecties zoals urineweginfecties, maag/darminfecties en griep (VTV).

Geestelijke gezondheid

Qua geestelijke gezondheid zijn er verschillende psychische aandoeningen of stoornissen die in de verschillende levensfasen de kop opsteken.

Als men psychische problemen in hun totaliteit bekijkt zijn er vrijwel geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Het accent van de problemen ligt bij vrouwen echter meer op angststoornissen (fobieën) en depressie, bij mannen ligt het accent op stoornissen in middelengebruik (alcohol en drugs).

Psychische gesteldheid ouderen in Twente

De psychische situatie van ouderen is in het onderzoek 'Ouderen in Twente 2001' onderzocht vanuit vier gezichtspunten: psychisch welbevinden, psychische klachten, mate van eenzaamheid en tijdsbesteding. Eén op de vijf ouderen heeft regelmatig of vaak last van angst, neerslachtigheid, prikkelbaarheid en/of zenuwachtigheid. Deze groep bestaat met name uit gescheiden en verweduwd ouderen, ouderen met alleen AOW of bijstand, vrouwen en lager opgeleiden. Als voornaamste reden voor deze klachten noemt men de minder goede gezondheid. In de gemeente Hengelo overheersen bij 22% van de ouderen deze negatieve gevoelens. Dit is vergelijkbaar met de regio.

Uit het ouderenonderzoek blijkt dat in de regio Twente vrouwen (11%) zich vaker eenzaam voelen dan mannen (8%), in de laatste levensjaren neemt het eenzaamheidsgevoel van mannen sterk toe. Verder blijkt dat ouderen die eenzaam zijn, vaker zijn gescheiden, verweduwd of ongehuwd zijn en ze wonen vaker in sterk verstedelijkte gebieden. Mensen met een middelbare opleiding zijn minder vaak eenzaam dan mensen met een hoger of lager opleidingsniveau. Voor uitspraken op gemeenteniveau zijn de aantallen te klein waardoor de gegevens niet betrouwbaar zijn.

Psychische gesteldheid volwassenen

Op een schaal van 0 (somber/ niet evenwichtig) tot 100 (gelukkig/ evenwichtig) is de gemiddelde score onder Hengelose volwassenen 75 (en die in Twente 76). Vrouwen en mensen uit lagere sociaal-economische klassen komen minder positief uit.

Psychische gesteldheid jongeren in Twente

Vooralsnog is het moeilijk iets te zeggen over de psychische gesteldheid van jongeren aangezien ze, wat betreft hun psychische ontwikkeling, in een turbulente periode (puberteit) verkeren. In het leefstijlonderzoek onder jeugdigen worden de indicatoren 'meest voorkomende gevoelens in de afgelopen tijd' en 'het hebben van een ernstig probleem' als maatgevend gezien voor psychische gesteldheid. In de regio Twente heeft 14% van de jongeren een ernstig probleem op het terrein van de psychische gesteldheid. Verder heeft 3% van de jongeren een sombere basisstemming. Het blijkt dat met name de laatste groep een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van depressies (bron: leefstijlonderzoek jeugdigen 1997).

Pesten

Eén op de zes jongeren in Twente wordt soms gepest (17%). Bij 2% gebeurt dit zelfs vaak. In de gemeente Hengelo wordt 20% van de jongeren soms gepest, bij 2% gebeurt dit zelfs vaak.

Het percentage meisjes dat gepest wordt, is over het algemeen groter dan bij jongens. Belangrijke verbanden die gevonden zijn: hoe hoger het opleidingsniveau des te kleiner het percentage jongeren dat gepest wordt, in sterk of matig verstedelijkte gebieden is het percentage gepeste jongeren relatief groot en hetzelfde geldt voor gezinnen waarin werkloosheid of langdurige ziekte/WAO voorkomt.

Mishandeling

Van de jongeren in Twente is één op de vijf wel eens lichamelijk mishandeld, één op de twaalf (8%) is wel eens bedreigd en 5% heeft wel eens een ongewenste seksuele ervaring gehad. Wat betreft dit laatste gaat het vooral om meisjes. Het gaat bij seksueel misbruik relatief vaak om jongeren met een lagere opleiding, jongeren uit verstedelijkte gebieden en jongeren uit gezinnen waarin werkloosheid of langdurige ziekte/WAO voorkomt. De afgelopen 2 jaar is lichamelijke mishandeling ruim 3% van de volwassenen ten minste een keer overkomen. Dit zouden zo'n 2.500 Hengeloërs zijn, als dit betrekking heeft op de hele Hengelose bevolking. Vanwege het deel jongeren en ouderen van de Hengelose inwoners kan dit cijfer net als de hierna genoemde cijfers echter anders liggen. Voor geestelijke mishandeling betreft dit 7% (ruim 5.700 personen) en voor seksuele mishandeling in Hengelo bijna 1% (720 personen). Bij het onderzoek hiernaar gaf daarnaast een klein aantal mensen aan de vraag niet te willen of kunnen beantwoorden.

Trends in leefwijzen

In dit hoofdstuk worden trends in leefwijzen aangegeven. Deze trends gelden ook voor de regio Twente. Bij elke leefwijze wordt tevens aangegeven op welke ziekten of aandoeningen deze van invloed zijn.

Voeding

Een groot aantal aandoeningen is aan voeding gerelateerd, zoals hart- en vaatziekten, beroerte, kanker, diabetes en botontkalking. Voeding is daarom een belangrijke determinant voor gezondheid.

Na de Tweede Wereldoorlog is de consumptie van zetmeelrijke voedingsmiddelen, zoals graan- en meelproducten aanzienlijk gedaald, terwijl het gebruik van voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong is gestegen. In de afgelopen decennia zijn zowel gunstige als ongunstige trends te zien in het voedingspatroon. Uit de voedselconsumptiepeilingen blijkt dat de consumptie van aardappelen en groente met meer dan 10% daalde. De consumptie van niet-alcoholische dranken (m.n. vruchtensappen) nam enorm toe, evenals de consumptie van noten, zaden en snacks. Voor de preventie van hart- en vaatziekten vormen de hoeveelheid en de aard van de vetten een belangrijke factor in de voeding. De gemiddelde vetconsumptie is de afgelopen 10 jaar met 10% gedaald. Daarbij is tevens een positieve verschuiving waar te nemen van de consumptie van verzadigde naar onverzadigde vetten.

Door campagnes op het gebied van voeding (zoals 'Let op vet', leef je uit met groente en fruit') zal het bewustzijn over de relatie tussen voeding en gezondheid toenemen. Uit verschillende studies blijkt dat de consument van de toekomst gemak, smaak, gezondheid en versheid als belangrijkste kenmerken van voedingsmiddelen zien.

Helaas zijn er weinig regionale en lokale gegevens bekend over voeding. Wel is in het leefstijlonderzoek jeugdigen 1997 navraag gedaan naar het niet-ontbijten. Dit is een ongunstige ontwikkeling. Van de jeugd in de gemeente Hengelo zegt 11% slecht te ontbijten (3 dagen per week of minder). Het niet-ontbijten neemt toe met de leeftijd.

Lichamelijke (in)activiteit

Lichamelijke activiteit is meer dan sportdeelname. Het kan ook activiteiten als wandelen, fietsen of tuinieren omvatten. Als ook deze vormen van lichamelijke activiteit worden meegerekend, dan is ruim 30% van de Nederlanders boven de 16 inactief. Als de norm 'tenminste vijf keer per week gedurende een half uur matig intensief bewegen' wordt gehanteerd, dan blijkt 40-55% van de Nederlanders hier niet aan te voldoen. Wandelen blijkt een populaire bewegingsvorm te zijn. Lichamelijke inactiviteit komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen en het aandeel inactieve mensen neemt toe met de leeftijd. Mensen met een lage opleiding zijn in hun vrije tijd vaker inactief dan mensen met een hoge opleiding. Verder zijn ook werklozen, arbeidsongeschikten en verweduwde personen vaker inactief, ook als voor leeftijd wordt gecorrigeerd. Lichamelijke activiteit wordt in gunstige zin met het niet ontstaan van veel ziekten in verband gebracht, het verband met coronaire hartziekten is het duidelijkst aangetoond.

Geconstateerd moet worden dat in Twente het aantal sporters onder jongeren afneemt met de leeftijd. In de leeftijd van 12-14 jaar sport in Twente 73% van de jongeren, in de leeftijdscategorie 17-19 jaar is dit nog maar 56%. Een kwart van de 55-plussers in Twente zegt nooit te sporten/bewegen. In Nederland ligt dit percentage boven de 40%. Van de ouderen die wel sporten/bewegen geeft 27% aan dit dagelijks te doen en 36% zegt wekelijks te sporten/bewegen. Tweederde van de Hengelose volwassenen beweegt onvoldoende (volgens de gestelde normen).

Overgewicht

Eén van de gevolgen van een verkeerd voedingspatroon en/of lichamelijke inactiviteit is overgewicht. Ruim de helft van de Hengelose volwassenen heeft overgewicht. Dat is gemiddeld meer dan in Twente. Van de Twentse ouderen is dat ook bijna de helft. Eén op de zes jongeren in Twente (16%) heeft last van overgewicht, bij 6% is sprake van ernstig overgewicht. In Hengelo heeft 13% last van overgewicht en 4% heeft last van ernstig overgewicht. Het percentage jongeren met overgewicht neemt toe met de leeftijd. De laatste decennia neemt het percentage kinderen met overgewicht landelijk toe. Dit is een ongewenste trend omdat overgewicht een risicofactor is voor diverse chronische aandoeningen.

Roken

Roken veroorzaakt ongeveer 85% van de sterfte aan longkanker, ruim 40% van de sterfte aan coronaire hartziekten en bijna 80% van de sterfte aan chronische luchtwegaandoeningen. Ook andere ziektes als CARA en beroerte zijn sterk met roken geassocieerd. Verreweg de grootste reductie van aan roken gerelateerde ziekten kan worden bereikt door te voorkómen dat mensen beginnen met roken, maar ook stoppen met roken heeft een, weliswaar mindere, reductie van al deze ziekten tot gevolg.

Passief 'meeroken' heeft ook een nadelig effect op de gezondheid. Zo is bv. 8 tot 13% van de astmagevallen bij kinderen onder de 15 jaar te wijten aan passief roken en wordt 15 tot 22% van de ziekenhuisopnames onder jonge kinderen wegens luchtweginfecties geassocieerd met passief roken. Ook zijn er sterke aanwijzingen dat zuigelingensterfte en wiegendood geassocieerd zijn met het roken van de moeder tijdens de zwangerschap (bron: VTV-I, 1997).

Het percentage rokers is bij mannen sinds de jaren 50 gedaald van 90% naar 37,4% in 1998. Bij vrouwen is het percentage aanvankelijk gestegen van 30% in de jaren 50 naar ruim 40% eind jaren 60. Sindsdien is het weer gedaald naar 30,1% in 1998. De afgelopen 10 jaar is het percentage rokers vrij stabiel.

In Twente blijkt dat 26% van de 55-plussers rookt (bron: ouderen in Twente 2000). Van de volwassenen is dit eenderde (20-64 jr) in Hengelo.

Van de Nederlandse jeugd van 10-19 jaar heeft in 1998 de helft wel eens gerookt en ruim 20% rookt dagelijks. De meeste jongeren beginnen met roken tussen de 13 en 15 jaar. Het percentage rokers varieert ook per type onderwijs. Nederlandse jongeren roken meer dan jongeren van allochtone afkomst. Daarnaast zien we vaker rokers en zware rokers bij jongeren uit sterk of matig verstedelijkte gebieden, bij jongeren uit eenoudergezinnen en bij jongeren uit gezinnen waarin werkloosheid of langdurige ziekte/invaliditeit voorkomt (bron: Stivoro 1998).

Van de jongeren in Twente in de leeftijd van 12-14 jaar rookt 8%. Met het stijgen van de leeftijd loopt dit percentage actieve rokers in korte tijd op tot 21%. In de leeftijd van 12 tot 19 jaar rookt 22% van de Twentse jeugd. In de gemeente Hengelo bedraagt het percentage jongeren dat actief rookt 23% (Bron: Leefstijlonderzoek jeugdigen 1997).

Alcohol

Overmatig alcoholgebruik is geassocieerd met een verhoogde kans op ongevallen en op diverse chronische ziekten (bv. levercirrose, hart- en vaatziekten en kanker in het hoofd- en halsgebied). Vaak gaat alcoholverslaving ook gepaard met geestelijke en sociale problemen. Een matig alcoholgebruik (tot 3 glazen per dag) lijkt echter een beschermend effect te hebben op het ontstaan van coronaire hartziekten (bron: VTV-I, 1997).

Het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking is sinds het begin van de jaren 80 geleidelijk gedaald. Het percentage overmatige drinkers onder volwassenen is de laatste jaren echter niet veranderd. De daling van het alcoholgebruik is geheel toe te schrijven aan de geringe populariteit van sterke drank, de consumptie van wijn neemt namelijk nog steeds toe. Onder jongeren is het drinkpatroon in negatieve zin veranderd. Het percentage jongeren dat alcohol gebruikt, is de laatste jaren toegenomen, ook het aantal jongeren dat regelmatig 8 glazen of meer drinkt is gestegen. Het drankgebruik neemt toe met de leeftijd, hoe kleiner de mate van verstedelijking hoe groter het percentage stevig drinkende jongeren. Verder blijkt dat jongeren uit gezinnen met werkloosheid of langdurige ziekte/WAO relatief meer drinken.

Het alcoholgebruik onder jongeren in Hengelo is vergelijkbaar met de regio Twente. Een aanzienlijk percentage van de jongeren bevindt zich wat betreft hun alcoholconsumptie in de gevarenzone: één op de vijf jongeren (21%) in de regio Twente drinkt per keer 6 glazen of meer, één op de twaalf (8%) zelfs 11 glazen of meer. Drankgebruik vindt met name in het weekend plaats.

Van de volwassenen is 10% als zware drinker te beschouwen (zowel in Hengelo als in Twente). Dit percentage is voor mannen, 20-34-jarigen en ongehuwden nog aanzienlijk hoger.

Over het alcoholgebruik van ouderen in Twente zijn geen cijfers bekend.

Drugs

Cannabis en XTC wordt door de Twentse jeugd niet op grote schaal gebruikt. Eén op de zeven jongeren (14%) heeft wel eens cannabis (hasj, marihuana of weed) gebruikt. Zes procent van de jongeren gebruikte de afgelopen maand cannabis. Met de leeftijd neemt het percentage toe. Recent gebruik en frequent gebruik komt meer voor bij jongens dan bij meisjes (bron: leefstijlonderzoek jeugdigen 1997).

Seksueel gedrag

Het percentage jongeren dat risico loopt op het oplopen van HIV of SOA is tussen 1990 en 1995 gestegen van 6 naar 10%. Daarnaast is onder jongeren sprake van een aantal duidelijke trends in het seksueel gedrag. De laatste decennia wordt de leeftijd waarop jongeren seksueel actief worden steeds lager. Ook neemt het gemiddeld aantal partners van 12 tot 18 jaar toe, zowel bij jongens als bij meisjes. Het condoomgebruik blijft echter constant (41%).

Gedrag in het verkeer

Drie van de tien jongeren (29%) heeft wel eens een verkeersongeluk gehad, jongens vaker dan meisjes. Met de leeftijd raakt een toenemend percentage hierbij gewond.

Tweederde (68%) van de bestuurders van een gemotoriseerd vervoermiddel rijdt wel eens (te) hard; één op de acht (12%) zit wel eens onder invloed van alcohol of drugs achter het stuur. In het algemeen komt riskant verkeersgedrag vaker onder jongens voor dan onder meisjes.

In Hengelo rijdt 73% wel eens (te) hard, dit is ligt iets hoger dan het gemiddelde in de regio.

Een schone en veilige leefomgeving

Niet alleen de leefstijl van mensen is bepalend voor de gezondheid. Ook een schone en veilige woon- en werkomgeving is een belangrijke factor. We kunnen hierin de volgende gebieden onderscheiden: milieu, hygiëne en veiligheid.

Milieu

Gemeenten hebben een verantwoordelijkheid voor het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu. Dit kan betrekking hebben op zowel het zogenaamde binnenmilieu als op het buitenmilieu.

Binnenmilieu

Gezondheidsklachten en met name ziekten van de ademhalingswegen (CARA) kunnen ontstaan door een slechte atmosfeer in woningen en/of gebouwen. Dit kan een gevolg zijn van het gebruik van bepaalde bouwmaterialen die in de loop van de tijd stoffen afscheiden welke ongezond zijn voor de mens. Maar ook door een te grote aanwezigheid van vocht door onvoldoende ventilatie, aanwezigheid van koolmonoxide door slecht schoongemaakte gashaarden, gebruik van verouderd rioleringsmateriaal waardoor rioollucht in de woning kan treden etc.

Aan eventuele interventies moet onderzoek vooraf gaan over bijvoorbeeld risicowijken; in oudere wijken zijn bijvoorbeeld veelal materialen verwerkt die op basis van huidige inzichten niet meer verantwoord zijn.

Cijfermatige gegevens over gezondheidsklachten op gemeentelijk niveau zijn niet beschikbaar. Daarnaast is niet altijd een directe relatie te leggen tussen het binnenmilieu en de geconstateerde gezondheidsklachten.

Buitenmilieu

Daarnaast kan er een relatie zijn tussen gezondheidsklachten en de kwaliteit van het buitenmilieu. Bijvoorbeeld het veelvuldig voorkomen van CARA problemen kan verband houden met de aanwezigheid van industrie met vervuilende emissies. Maar ook het vrijkomen van gevaarlijke stoffen na een ongeluk, resterende bodemvervuiling na sanering van oude industrie, gevolgen van geluids- en/of stankoverlast door bijvoorbeeld industrie, verkeer enz.

Hengelose volwassenen beoordelen hun woning, woonomgeving, veiligheid en leefbaarheid buurt gemiddeld met een 7,7. Dit is minder positief dan over het algemeen in Twente.

Risico-inventarisatie

Momenteel wordt voor Twente een integrale risico-inventarisatie gemaakt, waarin alle gebouwen, inrichtingen, voorzieningen in beeld worden gebracht waar zich mogelijk een grootschalig ongeluk of ramp kan voltrekken met gevolgen voor de volksgezondheid. Daarnaast wordt ook aangegeven welke risico's binnen de gemeentegrenzen bestaan. Voor elk ramptype wordt een hulpverleningsscenario op maat geformuleerd.

Hygiëne

Gemeenten zijn in bepaalde gevallen verantwoordelijk voor de hygiëne van instellingen

Technische hygiënezorg kinderdagverblijven

Aangezien de overheid zicht wil houden op de kwaliteit van kinderdagverblijven is het de bedoeling dat in de toekomst de Wet basisvoorzieningen kinderopvang van kracht wordt (was gepland in 2003). De wet verplicht gemeenten toezicht te houden op de hygiëne en veiligheid in kinderdagverblijven. In deze wet wordt de GGD aangemerkt als toezichhoudend orgaan. Hengelo heeft sinds 1 maart 1998 een contract met de GGD.

Legionellapreventie

Legionellose of legionella is een acute infectieziekte van de luchtwegen, veroorzaakt door een bacterie die zich ophoudt in een waterig milieu en in een vochtige bodem. Legionella is een infectieziekte die nooit helemaal te voorkomen is. Wel is het belangrijk om goede voorzorgsmaatregelen te treffen op het gebied van hygiëne en preventie om de risico's op legionella tot een aanvaardbaar minimum terug te krijgen.

Mede op basis van het Waterleidingsbesluit en de Tijdelijke regeling Legionellapreventie heeft de gemeente middelen beschikbaar gesteld ten behoeve van legionellapreventie in sporthallen en andere collectieve leidingwaterinstallaties.

Veiligheid

Bij veiligheid gaat het vooral om het voorkomen van ongevallen. Dit strekt zich uit van verkeersveiligheid tot veiligheid in en om huis.

Ongevallen in de privé-sfeer komen de laatste jaren duidelijk vaker voor. Deze stijging treedt in vrijwel alle leeftijdsklassen op en wordt voor een groot deel verklaard door een stijging van het aantal eenzijdige fiets- en bromfietsongevallen, het aantal ongevallen tijdens het doe-het-zelfen en een toenemend aantal valongevallen bij zowel kleine kinderen als ouderen. Bij ouderen geeft de val vaak aanleiding tot een heupfractuur. Het aantal sportblessures en bedrijfsongevallen blijft de laatste jaren ongeveer gelijk.

Sociale omgeving

Naast de sociaal-economische status en de etnische achtergrond hebben ook de sociale relaties een samenhang met de gezondheid. Sociale relaties of het ontbreken er van zijn van invloed op het ondervinden van steun en eenzaamheid. Mannen noemen minder steungevers in hun omgeving dan vrouwen. Mensen tussen 25 en 44 jaar noemen de meeste steungevers, mensen ouder dan 65 jaar de minste. Oudere vrouwen blijken zich het meest eenzaam te voelen, zowel ten opzichte van mannen als ten opzichte van hun jongere seksegenoten (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1995). Uit het onderzoek 'ouderen in Twente' blijkt dat vrouwen zich vaker eenzaam voelen dan mannen. Op oudere leeftijd neemt het eenzaamheidsgevoel van mannen sterk toe. Mensen met een middelbare opleiding zijn minder vaak eenzaam dan mensen met een hoger of lager opleidingsniveau. Verder blijkt dat ouderen die eenzaam zijn, vaker gescheiden, verweduwd of ongehuwd zijn en ze wonen vaker in sterk verstedelijkte gebieden. 25% van de ouderen (tot 60% bij oudsten) heeft een weinig actieve en gevarieerde tijdsbesteding. Dit zijn vooral weduwen, gescheiden personen, lager opgeleiden en ouderen in sterk verstedelijkte gebieden. (Ouderenonderzoek, 2000)

In tegenstelling tot de algemene verwachting van afnemende sociale integratie en toenemende individualisering tonen trendcijfers aan dat mensen nu vaker dan voorheen lid zijn van verenigingen en iets meer positieve en minder negatieve sociale ervaringen hebben.

Belangrijkste trend in de sociale relaties is dat de paarvorming afneemt. Jonge mensen blijven langer alleenstaand dan vroeger en gescheiden mensen blijven langer alleen wonen. Het aandeel alleenstaanden is gedurende de afgelopen decennia dan ook toegenomen, ook na correctie voor vergrijzing. Uit de CBS prognoses blijkt dat het aantal alleenstaanden in de bevolking nog verder zal stijgen. Op oudere leeftijd zijn veel meer vrouwen alleenstaand dan mannen omdat vrouwen ouder worden dan mannen.

Uit een ander onderzoek komt een duidelijk verband naar voren tussen samenstelling van het huishouden en gezondheid. Alleenstaanden, vooral wanneer er thuiswonende kinderen zijn, blijken meer gezondheidsproblemen te hebben dan samenwonenden. In een onderzoek naar sociale relaties en gezondheid werd gevonden dat voor sociaal geïsoleerde mensen het risico van sterfte twee keer groter was dan voor anderen. Ook sociale steun blijkt een effect te hebben op de kans op sterfte onder ouderen in Nederland. Wanneer meer emotionele steun wordt ontvangen, minder eenzaamheid wordt ervaren en minder praktische steun wordt ontvangen, is de kans op sterfte kleiner. Chronisch zieken die actief deelnemen aan zelfhulpgroepen zijn gezonder en functioneren beter (bron: VTV-II, blz. 781).

Uit het onderzoek onder ouderen in Twente blijkt dat één vijfde deel van de ouderen wel eens hulp krijgt bij het verrichten van de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Vooral van vrienden, bekenden en familie (mantelzorg). Ruim één op de tien ondervraagden wil graag méér hulp, met name voor huishoudelijk werk en het onderhoud van woning en tuin.

BIJLAGE 2: Activiteiten gemeente volksgezondheid

Activiteiten gemeente op het terrein van volksgezondheid

De activiteiten die de gemeente heeft ontplooid op het gebied van volksgezondheid zijn hieronder benoemd. De soort activiteiten zijn vergelijkbaar met die zoals beschreven in de eerste nota gezondheidsbeleid. Tot het terrein van de volksgezondheid zijn ook activiteiten ter preventie en gericht op sociaal-economische gezondheidsverschillen te rekenen. Te denken valt hierbij aan sportstimulering en bevordering van beweging bij uitkeringsgerechtigden. Dit soort activiteiten staan hierna niet verder benoemd. In het verlengde van volksgezondheid ligt het gebied van zorg. Hierop is de gemeente ook actief.

De uitvoering van de meeste werkzaamheden ligt in handen van organisaties zoals de GGD, Tactus, Thuiszorg. Informatie hierover is te vinden in de jaarverslagen van de betreffende instellingen.

Activiteiten beleidsterrein volksgezondheid

- Verstrekking van eenmalige en structurele subsidies aan organisaties die zich bezig houden met gezondheidszorg:
 - Bibliotheek Hengelo, gezondheidsinformatiepunt
 - Tactus-schoolproject alcoholmatiging
 - Maatjesproject VOC Tandem
 - Schutte's Bosschool voor langdurig zieke kinderen
 - Werkgroep Kind en Ziekenhuis
 - PatiëntenConsumentenplatform Twente, positie derde partij
 - Gezondheidscentrum voor symposium over huisartsenzorg

- Monitoring van door de gemeente gesubsidieerde projecten en andere activiteiten.
 - Steunpunt Informele Zorg
 - Gezondheidsinformatiepunt bibliotheek
 - Integratie Jeugdgezondheidszorg, thuiszorg en GGD

- (Preventie-)activiteiten en beleid monitoren van door de gemeentes gefinancierde organisatie, te weten de GGD
 - beoordeling van en advisering over beleidsnota's, werkplannen, onderzoeksprogramma, begrotingen en voorstellen van de GGD
 - ambtelijk overleg
 - samenwerking bij beleidsontwikkeling en uitvoering van diverse activiteiten (zoals mondzorg)

- Ondersteunende activiteiten vanuit de gemeente bij vestiging en spreiding gezondheidszorg
 - stimuleren van de vestiging van gezondheidszorgvoorzieningen in Hengelose Es
 - bijdrage in de plannen voor gezondheidspark en ontwikkeling zorgvisie hiertoe
 - ad hoc ondersteunen van vestiging van instellingen en individuele beroepsbeoefenaren in de (gezondheids)zorg (huisartsen, psycholoog, tandarts, verloskundigen, voorzieningen voor mensen met functiebeperking)
 - ontwikkeling van een zorgkaart met daarop de diverse (gezondheids)zorgvoorzieningen in Hengelo

- Organiseren en voorbereiden van structureel en incidenteel overleg met instellingen en individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg:
 - Hengelose huisartsenvereniging
 - Streekziekenhuis Midden Twente
 - Tactus

- Voorzieningen voor mensen met een functiebeperking
 - Patiëntenconsumentenplatform Twente
 - Zorgverzekeraar
- Beleidsvoorbereiding, advisering, financiering en overleg ten aanzien van gemeenschappelijke regelingen op het terrein van de volksgezondheid
 - Ambulance Oost
 - Streeklaboratorium
 - Crematorium

BIJLAGE 3: Producten en projecten GGD 2002

De producten en projecten zijn beschreven met aanduiding van een productnummer, grondslag en code (S of M).

Productnr : het productnummer correspondeert met het volgnummer van het product in de begroting 2002 GGD Twente
 Grondslag : wettelijke grondslag voor product
 Code : S = standaard – product/project identiek beschikbaar voor alle gemeenten;
 financiering algemene bijdrage
 : M = maatwerk – product/project specifiek volgens opdracht tegen kostendekkend tarief;
 financiering individuele betaling / externe organisaties / gemeenten

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|----------------|---|---------------------------|--------|
| 710 | INZICHT IN DE GEZONDHEIDSSITUATIE | Wcpv art. 2, lid 2, sub a | S |
| 710.10 | Het verschaffen van inzicht in de gezondheidstoestand van de burger in Twente ten behoeve van het lokale gezondheidsbeleid. Naast het onderzoeken van de diverse aspecten van gezondheid genereert de GGD informatie over factoren die de gezondheid en lifestyle beïnvloeden. Op basis daarvan worden de gemeenten geadviseerd over de wijze waarop de gezondheidstoestand kan worden beïnvloed en over de mogelijke effecten die van beleidsmaatregelen verwacht mogen worden. Daarnaast worden onderzoeksactiviteiten ontwikkeld voor interne afdelingen Er wordt een bijdrage geleverd aan het opstellen van schoolprofielen in het kader van schoolgezondheidsbeleid. In 2002 is het volwassenenonderzoek uitgevoerd, waarvan de gegevens begin 2003 beschikbaar komen. Tegelijk is nagenoeg voor elke gemeente in Twente een notitie lokale gezondheidssituatie opgesteld als basis voor de inhoud van een nota lokaal gezondheidsbeleid. | | S |

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|-----------------------|--|-------------------------|-------------------|
| 710.11 | Onderzoek specifieke gezondheidsproblemen, dan wel naar de gezondheidssituatie van specifieke bevolkingsgroepen. | | M |
| 711 | BELEISADVISERING | Wcpv, art.3b/5 | S |
| 711.11/12 | Het ondersteunen van gemeenten bij de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid, waaronder het opstellen van een nota lokaal gezondheidsbeleid. In 2002 is aan project gestart, dat moet leiden tot een Twentse paragraaf gezondheidsbeleid, als onderlegger voor lokaal gezondheidsbeleid. | | S |
| 712 | GEZONDHEIDSVOORLICHTING | Wcpv art.2, lid 2 sub c | S/M |
| 712.10 | Documentatie. Het door middel van documentatie informeren en ondersteunen van personen en instellingen die feitelijke gezondheidsvoorlichtingactiviteiten uitvoeren gericht op het publiek of groepen. Als voorbeeld kunnen genoemd worden de uitleen van leskisten aan basis- en voortgezet onderwijs en de ontwikkeling van folders/materialen voor groepen in het onderwijs. | | S |
| 712.11 | Publiekgerichte informatie (PIF) Het verzorgen van informatie over gezondheid voor het algemene publiek. De regionale invulling van de PIF is de Gezondheidswijzer als informatiecentrum van de GGD waar alle inwoners uit Twente vragen kunnen stellen over gezondheid, ziekten en gezondheidszorg. Er is een uitgebreide collectie informatie in de vorm van folders, brochures, tijdschriften, boeken, adressen en (digitale) naslagwerken. Lokale publieksinformatie in de vorm van een lokale gezondheidsinformatiepunt, een gezondheidsinformatiehoek en een dependance gezondheidswijzer. In 7 gemeenten is een informatiepunt en in 2 gemeenten een informatiehoek operationeel. | | S/M S M |
| 712.12 | GVO – bevordering/afstemming/coördinatie Het afstemmen en coördineren van preventieprogramma's van instellingen/organisaties. | | S |

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|----------------|--|-----------|--|
| 712.13 | <p>Gezondheidsbevordering lokaal Advisering van gemeenten over organisatie en uitvoering van preventieprogramma's/projecten, gerelateerd aan lokaal gezondheidsbeleid. GVO-projecten :</p> <p>‘Groninger Actief Leven Model’ (GALM) Stimuleringstraject voor 55 – plussers met doel senioren weer sportief-actief te maken en te houden. Het project wordt uitgevoerd en begeleid door een lokale projectgroep, waarin de GGD participeert. Het Galm-project wordt uitgevoerd in de gemeenten Borne, Enschede, Hengelo, Oldenzaal, Losser en Wierden</p> <p>‘De gezonde school en genotmiddelen’ In samenwerking met Tactus wordt 3-jarig project uitgevoerd met het doel leerlingen van groep 8 basisonderwijs een mening te laten vormen over het gebruik van genotmiddelen om zich weerbaar te kunnen opstellen tegen mogelijk sociale druk in het voortgezet onderwijs om te gaan experimenteren met roken, alcohol en drugs. Het project wordt uitgevoerd in de gemeenten Hengelo, Borne, Rijssen-Holten, Wierden en Enschede.</p> <p>‘Maak er geen gewoonte van’ Samenwerkingsproject van Tactus en GGD met een looptijd van 4 jaar gericht op het (speciaal) voortgezet onderwijs om jongeren te leren op een verantwoorde wijze om te gaan met de keuzevrijheid ten aanzien van tabak, alcohol, drugs en gokken. Uitvoering in de gemeenten Almelo, Rijssen-Holten, Twenterand en Tubbergen.</p> <p>Ontbijtproject Pathmos Wijkproject in Enschede om het ontbijtgedrag van kinderen te verbeteren.</p> | | <p>S</p> <p>M</p> <p>M</p> <p>M</p> <p>M</p> |

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|-----------------------|---|-----------------------|---------------|
| 713.10 | INFECTIEZIEKTENBESTRIJDING | Wcpv art 3 | S |
| 713.10 | Tuberculosebestrijding (TBC) Het organiseren en uitvoeren van preventie en surveillance op het gebied van tuberculosebestrijding, waaronder het bevorderen van de aangifte, de signaal- en informatiefunctie over het vóórkomen en voorkomen van infectieziekten (collectief), alsmede brononderzoek en kleinschalig contactonderzoek. Individueel onderzoek naar besmetting met TBC en behandeling en begeleiding va TBC-patiënten en cliënten, die met TBC besmet, maar niet ziek zijn. | | S |
| 713.11 | Bestrijding Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) Het organiseren en uitvoeren van preventie en surveillance op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen. Bron- en contactonderzoek rondom een persoon waarbij een soa is geconstateerd. De GGD biedt een anonieme laagdrempelige voorziening o het gebied van SOA (spreekuur), voor personen die geen gebruik willen/kunnen maken van de reguliere zorg. Er worden groepsvoorlichtingen verzorgd, alsook voorlichting gegeven in seksinrichtingen. | | S |
| 713.12 | Overige infectieziektepreventie Het organiseren en uitvoeren van preventie en surveillance op het gebied van infectieziekten anders dan TBC en SOA, zoals hepatitis, meningitis en kinkhoest. | | S |
| 713.14 | Rijksvaccinatieprogramma Organiseren, coördineren en uitvoeren van vaccineren van 9-jarigen tegen bof, mazelen, rode hond (BMR) en difterie, tetanus en polio (DTP), alsmede het vaccineren van 4-19 jarigen die onvoldoende gevaccineerd zijn. | | M |
| 713.15 | Preventieve maatregelen reizigers/reizigersvaccinatie Advies, informatie en voorlichting aan reizigers over gezondheidsrisico's op reis, met name gericht op het voorkomen van infectieziekten. Technische bescherming in de vorm van medicatie en vaccinatie. | | M |
| 714 | TECHNISCHE HYGIENEZORG | Wcpv art.2, lid 2 sub | S/M |

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|-----------------------|--|-----------------------------------|---------------|
| | | e | |
| 714.10 | Inspectie, begeleiding en advisering kindercentra Begeleiding door middel van inspectie van gelegenheden voor kinderopvang, gericht op hygiëne, veiligheid en kwaliteit van het binnenmilieu. Registratie en rapportage van bevindingen, alsook advisering op basis van onderzoek. | gemeentelijke verordening en Wcpv | M |
| | Inspectie van prostitutiebedrijven op hygiënerichtlijnen om door middel van voorlichting en advisering te komen tot optimale hygiëne. | | M |
| 715 | MEDISCHE MILIEUKUNDE | Wcpv art.2, lid 2 sub d | S/M |
| 715.10 | Preventief onderzoek, advisering/signalering Het onder de aandacht brengen van (dreigende) gezondheidsproblemen naar aanleiding van (onderzoeks)gegevens uit het veld/klachten van burgers (signaalfunctie) en het uitvoeren van preventieve activiteiten. | | S |
| 715.11 | Onderzoek en rapportage milieu-incidenten Het organiseren en uitvoeren van onderzoek naar aanleiding van een gezondheidsprobleem in relatie tot een mogelijk milieuprobleem/incident. In verlengde van het onderzoek informatie verstrekken dan wel voorlichting verzorgen aan groepen burgers. | | M |
| 716 | BEVOLKINGSONDERZOEKEN | Wcpv art.2, lid 2 sub c | S |
| 750.10 | Activiteiten Stichting baarmoederhalskankeronderzoek Advisering over voorlichtingsmateriaal voor op te roepen vrouwen alsmede algemene publieksvoorlichting. Mede organiseren en uitvoeren van routinematig onderzoek. | | S |

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|-----------------------|---|------------------|---------------|
| 716.11 | Advisering/evaluatie/voorlichting borstkankeronderzoek Advisering over voorlichtingsmateriaal voor op te roepen vrouwen alsmede algemene publieksvoorlichting. Organiseren en uitvoeren van routinematig onderzoek, gericht op het inzicht verwerven in het proces van organisatie en opkomst bij het bevolkingsonderzoek. | | S |
| 716.12 | Voorlichting borstkankeronderzoek op verzoek Groepsvoorlichting op verzoek over nut en organisatie van dit bevolkingsonderzoek, alsmede over de ziekte borstkanker. Uitvoering voorlichtingsactiviteiten eigen taal voor allochtonen en voorlichting in achterstandswijken. | | M |
| 717 | JEUGDGEZONDHEIDSZORG | Wcpv art. 3a/5a | S |
| 717.20 | Overdracht Kruiswerk/Thuiszorg Het zorgen voor overdracht van dossiers vanuit de thuiszorgorganisaties alsmede het registreren van kinderen met risico's, dan wel kinderen die niet of beperkt aan de systematische onderzoeken hebben deelgenomen. | | S |
| 717.21 | Periodiek geneeskundig onderzoek (PGO) 5 jarigen Systematisch onderzoek op relevante ontwikkelingsmomenten en -gebieden van de jeugdigen gericht op zintuigen, motoriek, spraak/taal, vaccinatiestatus, gebitstoestand, psychosociaal welbevinden, sociaal-emotionele ontwikkeling en gezondheidsbevordering. | | S |
| 717.22 | Periodiek geneeskundig onderzoek (PGO) 11 jarigen Systematisch onderzoek op relevante ontwikkelingsmomenten en -gebieden van de jeugdigen richt zich met name op visus/kleuren zien, lengte/gewicht, psychosociale problemen, leefstijl en bevorderen van gezond gedrag. | | S |
| 717.23 | PGO 2° klas voortgezet onderwijs Systematisch onderzoek op relevante ontwikkelingsmomenten en -gebieden van de jeugdigen, met name gericht op visus, | | S |

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|-----------------------|--|------------------|---------------|
| | lengte/gewicht, houding, psychosociale problemen, leefstijl en gezondheidsbevordering. | | |
| 717.30 | Controle gezondheid risicokinderen basisonderwijs Gericht onderzoek bij kinderen die vanuit het regulier preventief onderzoek als risicokind zijn gesignaleerd, dan wel naar aanleiding van gesignaleerde problemen door leerkracht of anderen. | | S |
| 717.31 | Controle gezondheid risicokinderen voortgezet onderwijs Gericht onderzoek bij kinderen die vanuit het regulier preventief onderzoek als risicokind zijn gesignaleerd, dan wel naar aanleiding van gesignaleerde problemen door leerkracht of anderen. | | S |
| 717.32 | Onderzoek 'nieuw in zorg' Gericht onderzoek bij kinderen die in het kader van de jeugdgezondheidszorg nog niet eerder door jeugdarts of jeugdverpleegkundige gezien zijn. Volledig sociaal medisch onderzoek, accenten afhankelijk van leeftijd van kind. | | S |
| 717.33 | Onderzoek op indicatie Gericht onderzoek bij kinderen die vanuit het regulier preventief onderzoek als risicokind zijn gesignaleerd, dan wel naar aanleiding van gesignaleerde problemen door leerkracht of anderen. | | S |
| 717.35 | Huisbezoeken Adviesgesprekken met ouders van kinderen die vanuit regulier preventief onderzoek als risicokind zijn gesignaleerd, dan wel naar aanleiding van gesignaleerde problemen door leerkrachten of anderen. | | S |
| 717.38 | Vertrouwenspersoon Uitvoeren van de functie van vertrouwenspersoon voor scholen in het kader van de klachtenregeling ter bescherming tegen seksuele intimidatie, machtsmisbruik, pesten en discriminatie. Uitvoering in de gemeente Hellendoorn | | M |
| 717.39 | Bevordering motorische ontwikkeling jeugdigen Gericht onderzoek op verzoek ter indicering van leerling voor MRT dan wel ter consultatie/advisering docenten MRT. | | M |

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|-----------------------|---|------------------|---------------|
| 717.50 | Schoolgezondheidsbeleid (SGB) SGB is een geïntegreerde aanpak van het beleid van een school op het terrein van gezondheid, waarbij dat beleid wordt getoetst op gezondheidsbevorderende en gezondheidsbedreigende factoren. SGB richt zich op begeleiding van leerlingen in de groei en ontwikkeling, bevorderen van gezond gedrag en verbeteren van leef- en werkmilieu op school. SGB is een werkwijze van de jeugdgezondheidszorg, waarbij de afzonderlijke producten geïntegreerd worden aangeboden. | | S |
| 717.55 | Speciaal onderwijs Verplichte toelatingsonderzoeken en reguliere jeugdgezondheidsstaken ten behoeve van een specifieke groep jeugdigen met bekend of vermoed verhoogd risico, omvattende zowel systematisch preventief onderzoek als onderzoek op indicatie. | | S |
| 717.60 | Cursussen Vorbereiden, organiseren en uitvoeren van thematische collectief preventieve activiteiten voor jeugdigen. | | S/M |
| 717.65 | Deelname aan netwerken rondom jeugd Het adviseren over beleidsafstemming en coördinatie op het gebied van jeugdzorg door participatie in overlegstructuren/netwerken, met name op het gebied van jeugdhulpverlening en vroegtijdige schoolverlating. | | S/M |
| 717.66 | Deelname aan wijknetwerk achterstandsbeleid Het adviseren over beleidsafstemming en coördinatie op het gebied van jeugdzorg door participatie in overlegstructuren/netwerken, met name op het gebied van jeugdhulpverlening en vroegtijdige schoolverlating. | | |
| 717.70/72 | Logopedie Enschede/Holten Systematisch onderzoek op relevante ontwikkelingsmomenten naar problemen/afwijkingen op het gebied van spraak, taal, gehoor en stem. Tevens gericht onderzoek op indicatie bij kinderen die als risicokind zijn gesignaleerd. Zo nodig adviseren en verwijzen. Logopedie Enschede West In het kader van onderwijsachterstandenbeleid worden enkele keren per jaar peuters onderzocht op verzoek van leidsters en/of ouders. Afhankelijk van de aard en ernst van het probleem wordt advies gegeven, uitgebreid onderzoek uitgevoerd en/of verwezen | | M |

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|----------------|--|-----------|--|
| | naar logopedische begeleiding. Daarnaast worden cursussen gegeven voor leerkrachten en ouders gericht op voorkoming van afwijkend monddrag en verbetering van mondmotoriek. | | |
| 718 | BEVORDEREN PSYCHOHYGIENE/VANGNET EN COORDINATIE (OGGZ) | | S/M |
| 718.10 | <p>Vraagbaak/kortdurende bemiddeling probleemgevallen Adviseren of verwijzen van instanties/burgers met hulpvraag over crisissituaties.</p> <p>Vangnet Zorg Enschede Het Vangnet Zorg is een samenwerkingsproject van de gemeente Enschede en diverse zorgorganisaties en richt zich op de 'zorgmijders', mensen die de 'grip' op hun bestaan verloren hebben, vaak zorg ontlopen terwijl voor een ieder duidelijk is dat die zorg nodig hebben. Participerende organisaties. Doel is het verwezenlijken sluitende hulp aan de doelgroep en voorkoming van uitzetting uit woonsituatie.</p> <p>Medisch inloopspreekuur Enschede In september 2002 is een inloopspreekuur voor dak- en thuislozen in de gemeente Enschede van start gegaan gefinancierd door de gemeente.</p> <p>Vangnet Zorg Almelo Samenwerkingsproject om in Almelo multi-probleemsituaties gezamenlijk aan te pakken in opdracht van de gemeente Almelo.</p> <p>Marietje Kesselsproject Twente Preventieproject voor het basisonderwijs gericht op het voorkomen dat kinderen slachtoffer worden van machtsmisbruik en/of zichzelf schuldig maken aan (seksueel) intimiderend of grensoverschrijdend gedrag. Op Twentse schaal (stuurgroep betrokken</p> | | <p>S</p> <p>M</p> <p>M</p> <p>M</p> <p>M</p> |

| Product nummer | Productomschrijving | Grondslag | S of M |
|-----------------------|--|-------------------------|---------------|
| | Uitvoering van gezondheids- en opvoedingsvoorlichting in eigen taal en cultuur. In het kader van VETC in de 1 ^e lijn houden voorlichtsters een dagdeel per spreekuur bij huisartsenpraktijken in Almelo. | | |
| 728 | BEVORDERING MONDGEZONDHEID | Wcpv art.2, lid 2 sub c | S |
| 728.11 | Bevordering mondgezondheid jeugdigen Informatieverstrekking, voorlichting en deskundigheidsbevordering ter verbetering mondgezondheid jeugdigen. De afdeling jeugdgezondheidszorg beoordeelt tijdens het preventief gezondheidsonderzoek op de basisschool de gebitstoestand en de mondhygiëne. Op basis daarvan wordt bepaald welke scholen extra aandacht verdienen. Om de achterstand in mondgezondheid te verminderen wordt aan deze 'risicoscholen' het tandenpoetsproject 'Poets ze sterk' aangeboden. Daarnaast zijn er programma's voor 0-4-jarigen en voor niet-risicoscholen. | | S |
| 728.12 | Coördinatie mondgezondheid jeugdigen Coördineren van regionale afstemming van beleid op het gebied van preventieve en curatieve jeugdtandzorg | | S |
| | Medische Opvang Asielzoekers De medische zorg voor asielzoekers valt onder de verantwoordelijkheid van de samenwerkende GGD-en in Nederland. In de provincies Overijssel en Gelderland is de Stichting MOA-Oost Nederland opgericht, die zorgdraagt voor de preventieve zorg voor asielzoekers en hun toeleiding naar de reguliere gezondheidszorg. De vormgeving van de samenwerking met de MOA vindt projectmatig plaats met als uiteindelijk doel deze in te bedden in de organisatie van de GGD Twente. | | S |

BIJLAGE 4: Activiteiten GGD Sociaal-economische gezondheidsverschillen Hengelo

Activiteiten van de GGD op het gebied van Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) in Hengelo (nov. 2002)

Basisonderwijs

In Hengelo worden verslavingsprojecten uitgevoerd in het basisonderwijs sedert 1998. Er nemen momenteel 27 scholen aan deel. Het project 'De gezonde school en genotmiddelen' is een samenwerkingsproject tussen gemeente, GGD en TACTUS. In de oorspronkelijke opzet gaat het om een 3-jarig project. Inmiddels is een vervolgproject van start gegaan met een beperkter aanbod. Het aanbod omvatte aanvankelijk 5 gastlessen, een ouderbijeenkomst en deskundigheidsbevordering voor leerkrachten. In het huidige vervolgproject worden per school twee gastlessen aangeboden en extra ondersteuning als de school daarom vraagt. Een structureel aanbod van gastlessen is de beste garantie, dat het onderwerp genotmiddelen en verslaving onder de aandacht van leerlingen uit groep 8 komt. Bij de jaarlijkse evaluatie van de voortgang van het project kwam deze wens van leerkrachten duidelijk naar voren.

Het project is algemeen gericht, dat wil zeggen dat er geen specifieke wijken of doelgroepen worden benaderd. Niet deelnemende scholen nemen vaak al deel aan het adoptiescholenproject van de politie (waar dezelfde onderwerpen aan bod komen), of er zijn onderwijskundige bezwaren (principiële of te laag niveau).

Over het geheel genomen een goed lopend project met een hoog bereik. Veel leerlingen gaan nu goed voorbereid naar het voortgezet onderwijs.

Voor verdere informatie zij verwezen naar de evaluatieverslagen.

Voortgezet onderwijs

- Nieuwsbrief SPOT* voor alle V(S)O- scholen te Hengelo (regionaal aanbod)
- Vraagbaak SPOT (idem)
- Aanbod vuurwerk-gastlessen in december periode (idem)

*SPOT=Samenwerking in Preventie in het Onderwijs in Twente

Mondgezondheid

Er is een standaard aanbod aan risico scholen, dit zijn scholen waar het niveau van de mondgezondheid onvoldoende is (teveel cariës, slechte mondhygiëne etc). JGZ bepaalt naar aanleiding van de PGO's welke scholen tot de risico scholen behoren. In Hengelo zijn voor het schooljaar 2002-2003 4 risico scholen benoemd. 3 van deze scholen; de Triangel, de Schothorst en de Esreinschool, maken gebruik van het standaard aanbod.

Het standaard aanbod voor risico scholen bestaat uit:

- Project "poets ze sterk" dit is een tandenpoetsproject met tentoonstelling, leskist en gastlessen
- Project "Hou je mond gezond" dit is een ondersteuningsproject met panelen, leskist en gastlessen.

Daarnaast wordt het volgende aanbod gedaan:

- Project "iedereen naar de tandarts" ter bevordering van het tandarts bezoek
- Voorlichting "houd de peutermond gezond" dit is een voorlichting voor ouders van kinderen op peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en opvoedingsondersteuning incl. een peuterpoetspakket.
- Leskisten
 - o Mondgezondheid (basis en speciaal onderwijs)
 - o Zit jij onder de plak (jongeren VO)

Signaal GGD

Er is een tandartsen tekort in Hengelo, tandartsen nemen geen nieuwe cliënten meer op in hun bestand. Dit is een belemmering voor het project “iedereen naar de tandarts”

Suggestie zou kunnen zijn om met de Jeugd tandverzorging om de tafel te gaan om te kijken of zij het een en ander kunnen aanvullen. Daarnaast zou er gekeken kunnen worden naar het vestigingsbeleid van tandartsen in Hengelo.

Migranten

- Steunpunt functie VETC. Organisaties kunnen voorlichtingen in de eigen taal en cultuur over verschillende onderwerpen en in het Turks, Suryoye en Marokkaans bij het steunpunt aanvragen. B.v. C.r.l.i heeft onlangs nog een voorlichting aangevraagd
- Project Sociaal activeringsprogramma
In dit project worden naast de Nederlandse taal lessen en een bewegingsprogramma dat door de gemeente wordt aangeboden, ook gezondheidsvoorlichting in de eigen taal gegeven.
- Galm gaat zich ook richten op de allochtone doelgroep. Dit is een project dat door de gemeente wordt getrokken en de GGD heeft een advies en consultatie functie.

BIJLAGE 5 Deelnota Twents gezondheidsbeleid

Deelnota Twents gezondheidsbeleid

2003 - 2007

APRIL 2003

De deelnota Twents gezondheidsbeleid is opgesteld door :

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Mw. K. Bugajski | gemeente Enschede |
| O. Haitma | GGD Twente |
| Mw. H. Klaassen | gemeente Oldenzaal |
| Mw. A. Knol | gemeente Hengelo |
| Mw. E. Overkamp | GGD Twente |
| R. Staijen | GGD Twente |
| Mw. H. Stam | gemeente Hof van Twente |
| Mw. A. Augustinus | ondersteunend kwartiermaker |

en

vastgesteld door de Bestuurscommissie GGD Regio Twente op 28 maart 2003.

Inhoudsopgave

| | |
|--|---------|
| Inleiding | pag. 62 |
| 1. Gezondheidsthema's | pag. 64 |
| 1.1 Sociaal economische gezondheidsverschillen | pag. 64 |
| 1.2 Gezonde leefstijl | pag. 65 |
| 1.3 Sociaal psychologische problematiek | pag. 67 |
| 1.4 Openbare geestelijke gezondheidszorg | pag. 68 |
| 1.5 Toegang tot de zorg | pag. 70 |
| 1.6 Vermaatschappelijking van zorg | pag. 73 |
| 1.7 Versterking informele zorg | pag. 76 |
| 2. Overzicht van acties | pag. 77 |

Inleiding

1. Aanleiding

Bij het opstellen van de nota's lokaal gezondheidsbeleid constateerden de Twentse gemeenten dat een aantal onderwerpen zich lenen voor een gemeenteverstijgende aanpak. De Twentse gemeenten hebben besloten deze onderwerpen regionaal op te pakken en te beschrijven in een aparte deelnota Twents gezondheidsbeleid. Deze deelnota is onderdeel van de gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid.

2. Status deelnota

Deze deelnota is opgesteld in opdracht van de Bestuurscommissie GGD Regio Twente door een projectgroep, bestaande uit functionarissen werkzaam bij een viertal Twentse gemeenten en de GGD Twente.

De deelnota bevat acties gerelateerd aan lokaal gezondheidsbeleid, waarvan bestuurlijk is uitgesproken dat een regionale aanpak gewenst is. De verankering daarvan is voorzien in de gemeentelijk vast te stellen nota gezondheidsbeleid. Daarbij is niet uitgesloten dat de uitwerking van een aantal acties op de lokale situatie toegesneden wijze wordt uitgevoerd. Dit alles additioneel aan het autonoom te ontwikkelen gemeentelijk gezondheidsbeleid.

3. Positie GGD Twente

De deelnota heeft niet specifiek betrekking op de uitvoering van de (wettelijke) taken van de GGD Twente. De GGD Twente is betrokken bij het opstellen van deze nota uit hoofde van zijn deskundigheid op het gebied van openbare gezondheidszorg en als beleidsadviseur openbare gezondheidszorg van de Twentse gemeenten. In het proces van uitvoering van de voorgenomen acties zal het monitoren van de voortgang door de GGD Twente worden verzorgd, teneinde doorlopend de Bestuurscommissie en Twentse gemeenten over de stand van zaken te kunnen informeren.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering zal per voorgenomen actie worden toegewezen aan de meest daarvoor in aanmerking komende organisatie of de gemeenten.

4. Uitgangspunten deelnota

Uitgangspunt

Uitgangspunt is: "wanneer een regionale aanpak een duidelijke meerwaarde heeft, b.v. efficiency, kwaliteit, bereik, dan wordt een onderwerp regionaal opgepakt". Gemeenten kampen vaak met vergelijkbare problemen waarbij het zonde zou zijn als ieder voor zich het wiel gaat uitvinden. Een gezamenlijke aanpak geniet de voorkeur.

Thema's

Allereerst is nagegaan of de gezondheidssituatie van de Twentse bevolking aanleiding geeft om een bepaald gezondheidsthema regionaal aan te pakken. Dit zijn de thema's 1 t/m 3. Daarna is gekeken of er actuele ontwikkelingen zijn die erom vragen een gezondheidsthema aan te pakken, thema's 4 t/m 7.

De selectie van de mogelijke thema's is gebeurd op basis van het criterium dat er sprake is van regionale problematiek waarbij een regionale aanpak passend is.

De geselecteerde thema's zijn:

- sociaal economische gezondheidsverschillen;
- gezonde leefstijl;
- sociaal psychologische problematiek;
- openbare geestelijke gezondheidszorg;
- toegang tot zorg;
- vermaatschappelijking van zorg;
- versterking informele zorg.

Aanvulling op huidig beleid

Sommige thema's lenen zich goed voor een regionale aanpak terwijl ze hier niet zijn benoemd als regionaal actiepunt. Dit heeft te maken met het feit dat deze thema's al regionaal zijn/worden opgepakt en uitgewerkt. Dit betreft in wezen huidig beleid. Een goed voorbeeld hiervan is de integratie van de 0 tot 19 jarigen zorg. In de projectorganisatie OPAAL zijn gemeenten, thuiszorgorganisaties en GGD verenigd om gezamenlijk deze integratie te bewerkstelligen.

Deze nota is een aanvulling op het huidige beleid. Onderwerpen waarbij sprake is van nieuw beleid of een aanpassing of intensivering van beleid zijn hier opgenomen.

Lokaal versus regionaal

Met deze paragraaf hebben de betrokken gemeenten een vervolgstap gezet in een gezamenlijk regionaal gezondheidsbeleid. Dit betekent niet dat er geen lokale activiteiten met betrekking tot een bepaald thema worden ontwikkeld. Zo kan het zijn dat regionaal een plan van aanpak wordt opgesteld en instrumenten worden ontwikkeld en dat de implementatie een lokale aangelegenheid is. Ook kan het zijn dat lokaal beleid als voorbeeld dient voor een regionale implementatie. Het regionaal en lokaal beleid zijn complementair aan elkaar.

Regionaal versus provinciaal

De provincie Overijssel heeft kort geleden een zorgnota uitgebracht. Daaruit blijkt dat het provinciale beleid zich voortaan niet alleen meer richt op de toegankelijkheid en spreiding van ziekenhuizen en andere zorgvoorzieningen, maar ook op de samenhang tussen zorg, wonen, werk en welzijn. De nota dient ook als 'programma' waarmee de provincie het gesprek wil aangaan met de onder andere zorgaanbieders, afnemers, verzekeraars en gemeenten.

Waar mogelijk zal worden aangesloten bij het 'programma' van de provincie Overijssel, zodat de verschillende acties elkaar zo veel mogelijk kunnen versterken.

5. Inhoudsopgave deelnota Twents gezondheidsbeleid

Deze deelnota bestaat uit 2 hoofdstukken. De inleiding wordt gevolgd door hoofdstuk 1 waarin de geselecteerde gezondheidsthema's één voor één worden besproken. Per thema wordt beschreven wat het probleem is, het huidige beleid op regionaal en indien relevant op landelijk of lokaal niveau, de netwerken die zich rond dit thema hebben gevormd, de te ondernemen acties en de budgettaire en formatieve consequenties.

Voor de formatieve inzet is een inschatting gemaakt van de noodzakelijke inzet van gemeente ambtenaren van alle betrokken beleidsterreinen. De intensiteit kan per gemeente variëren afhankelijk van de betrokkenheid bij een onderwerp. De variatie in uren is weergegeven.

Hoofdstuk 2 bestaat uit een overzicht van de voorgestelde acties.

1. Gezondheidsthema's

1.1 SOCIAAL ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVerschillen

Probleem

Ongezondheid is niet evenredig verdeeld over alle bevolkingsgroepen. Met name mensen uit de lagere sociaal – economische klasse (lage SES) hebben hierbij een grote achterstand. Naar verhouding maken allochtonen een groot deel uit van deze groep. Uit landelijk onderzoek is duidelijk dat het verschil in levensjaren en in gezonde levensjaren tussen de meer welgestelde en de minder welgestelde heel groot is namelijk respectievelijk 3,5 jaar en 12 jaar.

Het Twentse jongeren- en ouderenonderzoek geven een verschil in gezondheid / gezondheidsbedreigende factoren tussen de sociale klassen te zien. Lager opgeleide jongeren roken en drinken meer, zijn zwaarder, doen minder aan sport, ontbijten minder frequent en zijn meer betrokken bij ongevallen en geweldsituaties. Kinderen uit gezinnen met een uitkering zijn ook kwetsbaarder.

Bij ouderen die geen of alleen lager onderwijs hebben genoten (één van de indicatoren voor sociaal economische status) springen items als 'geen goede gezondheid', 'eenzaamheid', 'behoefte aan zorg' in het oog. Vijfenzestig procent van de 65 plussers in Twente moet rondkomen van een AOW of een bijstandsuitkering. Tien procent geeft aan hier niet goed van te kunnen rondkomen. Juist bij deze groepen is de meeste gezondheidswinst te boeken.

Huidig beleid

Gemeenten voeren vaak al een vorm van (achterstands)beleid zoals armoedebelief, sociaal beleid, "melkertbanen", schuldsanering, leerplichtbeleid, integratiebeleid

Netwerken

Er bestaan nog geen regionale netwerken op dit terrein. Landelijk is het "Steunpunt landelijke aanpak gezondheidsverschillen" actief.

Acties

Verschillen in gezondheid tussen groepen mensen is een gegeven. Dit is een structureel probleem dat vraagt om een systematische en integrale aanpak gedurende langere tijd. De gemeenten maken zich sterk om de sociaal economische gezondheidsverschillen te verkleinen.

- Concreet in 2003

Er wordt een werkgroep SEGV ingesteld, met ambtenaren volksgezondheid van betrokken gemeenten en GGD medewerkers, die de risicogroepen in Twente in kaart brengt en een plan van aanpak ontwikkelt gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen. Eind 2003 komt de werkgroep met een voorstel tot een systematische en integrale (facet) aanpak gericht op het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen. Hierbij zal zoveel mogelijk gebruik gemaakt worden van landelijk en regionaal aanwezige kennis en praktijkervaring. De hierna genoemde onderwerpen 'leefstijl' en 'psychosociale problematiek' worden in samenhang expliciet in dit kader meegenomen. Het plan van aanpak is voorzien van een concreet implementatievoorstel en een begroting.

Financiële en formatieve inzet

- Tijdsinspanning in 2003

De verwachte tijdsinspanning voor de betrokken gemeenten varieert van 2 tot 6 uur per maand. De verwachte tijdsinspanning voor de GGD is 12 uur per maand.

- Begroting 2003

De inzet van de GGD medewerkers kan worden gefinancierd vanuit de begroting van de GGD.

1.2 GEZONDE LEEFSTIJL

Probleem

Ongezond gedrag is een belangrijke oorzaak van een stagnerende levensverwachting. Vrouwen hebben veel van het ongezonde gedrag van mannen overgenomen en bij jongeren zijn de trends in ongezond gedrag ongunstig. Interventie is mogelijk op leefstijlelementen als roken, voeding, bewegen en ontstressen. Succesfactoren daarbij zijn: continuïteit en integraliteit, dat wil zeggen richtend op alle levensfasen.

Roken en/of (overmatig) alcoholgebruik zijn direct gelieerd met Hart- en Vaatziekten, Kanker en CARA.

Daarnaast hebben ze in zijn algemeenheid ook invloed op de conditie van mensen. Een betere conditie is zeker ook bij ouderen een item dat een positieve invloed heeft op de mobiliteit.

Het Twentse onderzoek laat een aantal ongezonde tendensen zien. Het percentage rokers bij jongeren (22%) neemt sterk toe met de leeftijd. Bij ouderen wordt een percentage rokers van 26% gevonden. Tevens zal het terugdringen van 'overmatig' alcoholgebruik aandacht moeten blijven krijgen. Eenvijfde van de jongeren (21%) drinkt stevig (minstens 6 glazen per keer), waarbij het opvalt dat op het 'platteland' stevig alcoholgebruik hoger is dan in de stad.

Onze dagelijkse voeding beïnvloedt de gezondheid op veel manieren. Een goed gewicht, een 'gezonde' maaltijd op het juiste moment - ontbijten -, consumptie van groente en fruit hebben allemaal hiermee te maken. Zes procent van de jongeren lijdt aan ernstig overgewicht, bij ouderen is dat 13%. Landelijk wordt bij de jeugd (5-11 jaar) een toename van overgewicht geconstateerd van 4% naar 10%. Aandacht voor voeding en lichaamsbeweging is hier op zijn plaats. Ook het ontbijtgedrag van jongeren verdient aandacht (13% ontbijt drie maal in de week).

Bewegen beïnvloedt op velerlei manieren de gezondheid op een positieve manier - H&V ziekten, overgewicht, chronische aandoeningen, mobiliteit etc. Stimulering van meer bewegen is van belang. Bij jongeren wordt een afname geconstateerd van actief sporten met de leeftijd (niet actief van 27% bij 12-14 jaar naar 44% bij 17-19 jaar), volwassenen willen graag bewegen en ouderen zouden ook zoveel mogelijk hiertoe gestimuleerd moeten worden. Het gaat hier niet alleen om sporten maar zeker ook over meer bewegen met 'recreatief' wandelen, fietsen etc.

Bij de stimulering van een gezonde leefstijl dient er extra aandacht te zijn voor achterstandsgroepen. Daarnaast is aandacht wenselijk voor gebruik van softdrugs.

Huidig beleid

Gemeentelijk beleid ter stimulering van een gezonde leefstijl richt zich op een viertal aspecten: de beschikbaarheid, de mogelijkheid het te gebruiken, de beeldvorming en het gedrag van gebruikers en niet-gebruikers.

Beschikbaarheid en gebruik kunnen beïnvloed worden door het aanbod van en de omgang met voeding- en genotmiddelen in openbare ruimten. Denk hierbij aan het rookvrij maken van ruimten, afspraken met horeca, aanbod in schoolkantines.

Bij een onderwerp als lichaamsbeweging spelen de inrichting van de omgeving, beschikbaarheid en het faciliteren van sportfaciliteiten een rol. Dit zijn primair lokale aangelegenheden.

- Tabak en alcohol

Landelijk is er actief beleid ingezet, onder andere een landelijk voorlichtingsprogramma, waarbij gestreefd wordt naar een vermindering van de beschikbaarheid van tabak en alcohol, bescherming van de gezondheid en veiligheid van derden en het (her) introduceren van sociale normen. Verder is het beleid gericht op vroegtijdige herkenning en een goede samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg.

Regionaal is er reeds een actief voorlichtingsbeleid voor scholen en allochtonen groepen.

- Voeding en beweging

Landelijk beleid richt zich op preventie van overgewicht bij jongeren en kinderen, het vervangen van verzadigde vetten in producten en het stimuleren van het groente- en fruitgebruik.

Regionaal is er nog geen specifiek beleid ingezet.

Netwerken

SPOT = Samenwerking in Preventie in het Onderwijs in Twente

Betrokken organisaties bij dit onderwerp: sportverenigingen, jeugdorganisaties, jeugdgezondheidszorg, GGD, verslavingszorg, ouderenorganisaties, horeca, winkeliers, allochtonenorganisaties.

Acties

Bij de beeldvorming en gedrag komt systematische voorlichting in beeld. Voorlichting zal het (goed) gebruik dan wel het niet starten van (slecht) gebruik kunnen beïnvloeden. Activiteiten zullen dan ook primair in het teken staan van continuering en uitbreiding van voorlichtingscampagnes.

- **Concreet 2003**

- **Alcohol en tabak**

Het bestaande voorlichtingslesprogramma over alcohol en tabak voor jongeren en allochtonen wordt gecontinueerd.

Het programma wordt actief onder de aandacht gebracht richting niet participerende gemeenten.

- **Voeding en beweging**

Begin 2004 is er een stimuleringsprogramma "Voeding en beweging" opgesteld dat aansluit op de landelijk ontwikkelde programma's. Onderzocht wordt of een dergelijk programma samen is op te stellen met de zorgverzekeraar. Het stimuleringsprogramma zal zich richten op zowel ouderen als jongeren.

Er wordt een werkgroep ingesteld met ambtenaren volksgezondheid van betrokken gemeenten en GGD medewerkers die het stimuleringsprogramma "Voeding en beweging" ontwikkelt.

Financiële en formatieve inzet

- **Tijdsinspanning 2003 / 2004**

Voorlichtingsprogramma alcohol en tabak

De coördinatie door de GGD van de voorlichtingsprogramma's "de gezonde school en genotmiddelen" en "maak er geen gewoonte van" wordt gecontinueerd.

Voeding en beweging

De verwachte tijdsinspanning voor betrokken gemeente is 2 tot 6 uur per maand.

De verwachte tijdsinspanning voor de GGD is 8 uur per maand.

- **Begroting 2003**

De inzet van de GGD medewerkers voor 2003 kan worden gefinancierd vanuit de begroting van de GGD.

De kosten voor de uitvoering van het programma komen ten laste van de gemeente of school.

1.3 SOCIAAL PSYCHOLOGISCHE PROBLEMATIEK

Probleem

Jongeren en ouderen geven aan problemen te hebben op het sociale en of psychische vlak. Bij jongeren is sprake van een sombere basisstemming en depressiviteit (3%), 14% heeft een probleem wat hem/haar dagelijks bezig houdt. Pestgedrag / misbruik kan hierbij een rol spelen.

Bij ouderen speelt het wegvallen van sociale contacten samen met het minder mobiel zijn een rol, wat leidt tot eenzaamheid. Twintig procent van de ouderen geeft aan eenzaam, angstig en neerslachtig te zijn. Ook bij dit onderwerp spelen achterstandssituaties een rol welke aandacht verdienen.

Huidig beleid

Gemeenten hebben veelal een goed ontwikkeld ouderenbeleid en in de meeste gevallen ook een specifiek jeugdbeleid. Ook bestaan er al specifieke instrumenten gericht op het vergroten van de sociale weerbaarheid. Een voorbeeld hiervan is het "pestprotocol". SPOT doet een onderzoek naar pesten en de behoefte aan ondersteuning bij pesten. Ook zijn er verschillende opvoedingscursussen gericht op onder andere alloctonen en pubers.

Netwerken

Er zijn veel verschillende netwerken, deze moeten geïnventariseerd worden.

Acties

Ondanks dat de gemeenten vaak een specifiek ouderen- en jeugdbeleid hebben is het preventiebeleid op het gebied van psycho-sociale problematiek bij jeugd en jongeren nog onvoldoende ontwikkeld. Verder is er naar verhouding weinig bekend over de psycho-sociale problematiek van de 4 - 12 jarigen.

Concreet 2003 / 2004

- De omvang van de sociaal psychologische problematiek bij jeugdigen en jongeren wordt geïnventariseerd. Daarnaast wordt gekeken naar de behoefte aan hulpverlening en het bestaande aanbod. Begin 2004 is er een plan van aanpak. Op basis van bovenstaand onderzoek wordt er gekeken of preventieprogramma's moeten worden ontwikkeld dan wel bestaande aangepast op het terrein van de psycho-sociale problematiek voor jeugdigen en jongeren.
- Hiaten in de zorg i.v.m met eenzaamheid bij ouderen worden geïnventariseerd en actief beleid geformuleerd. Begin 2004 is er een onderzoeksrapportage.
- Het Marietje Kessels Project is nog geen reguliere activiteit. Bezien moet worden hoe dit project voortgezet kan worden. Hiervoor wordt dit jaar een continueringvoorstel gemaakt wat ambtelijk besproken wordt.
- Het Marietje Kessels Project (MKP) wordt actief onder de aandacht gebracht van niet-participerende gemeenten.
- Uitvoering inventarisatie met betrekking tot pesten door SPOT. Op basis hiervan worden ondersteunende activiteiten ontwikkeld, waaronder promotie van het pestprotocol.

Financiële en formatieve inzet

- Tijdsbesteding 2003/2004

Inventarisatie jeugd en jongeren en ouderen.

De verwachte tijdsinspanning voor de gemeenten is 4 uur per maand.

De verwachte tijdsinspanning voor de GGD is 8 uur per maand.

Marietje Kessels Project

De verwachte extra tijdsinspanning voor de GGD is 4 uur per maand.

Het continueren van het Marietje Kessels Project brengt kosten met zich mee. Thans wordt het project overwegend gefinancierd door zorgkantoor, provincie en gemeenten. In het voorstel voor continuering zal ook de financiering worden meegenomen.

Verbreding aandacht en ondersteuning bij implementeren pestprotocol.

De verwachte tijdsinspanning voor de GGD is 8 uur per maand.

- Begroting 2003

De inzet van de GGD medewerkers wordt gefinancierd vanuit de GGD begroting.

1.4 OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Probleem

Bij Openbare Geestelijke gezondheidszorg gaat het om alle activiteiten van geestelijke volksgezondheid, die niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag wordt uitgevoerd.

De aanleiding voor een OGGZ-beleid is de toename van het aantal kwetsbare personen dat geen gebruik maakt van het bestaande zorgaanbod. Het gaat om een groep die geen of onvoldoende huisvesting, gezondheidszorg, inkomen en werk heeft. De bestaande voorzieningen komen met hun aanbod niet of onvoldoende met een oplossing voor de vaak complexe problemen. Er is sprake van een mismatch tussen de beoogde doelgroep en het zorgaanbod.

– Vangnet zorg

In Twente is er een categorie mensen die vanuit de samenleving gezien dringend hulp nodig heeft. Het betreft mensen die overlast veroorzaken of juist een groot beroep doen op hulpverlenende instanties en waarbij sprake is van complexe problematiek. In diverse projecten in de regio is reeds ervaring opgedaan met de aanpak van deze doelgroep met name middels Vangnetten. De invalshoek van deze projecten c.q. hulpverlening is in de praktijk echter vaak 'het probleem'. Indien de mensen niet passen in de invalshoek van het project of de hulpverlening, met name de mensen met complexe problematiek, worden deze personen onvoldoende verder geholpen.

Door het ontbreken van een adequate hulpverlening is de kans groot dat situaties escaleren (verwaarlozing, vervuiling, bedreiging). Ook komt het voor dat mensen, vanwege de complexe problematiek, bij meerdere projecten of instellingen worden aangemeld. De afstemming tussen de projecten of hulpverlening is echter onvoldoende waardoor nog al eens dubbel werk wordt verricht.

– Huiselijk geweld

Een thema dat specifieke aandacht vraagt is huiselijk geweld. Huiselijk geweld is de meest voorkomende geweldsvorm in onze samenleving. In Nederland is meer dan een kwart van de bevolking (in een bepaalde periode of meerdere perioden van zijn of haar leven) wekelijks of dagelijks slachtoffer (geweest) van huiselijk geweld.

Aanpak van geweld in de privé-sfeer kan daarom niet op de politieke agenda ontbreken. Dit geldt temeer nu middels onderzoek steeds duidelijker wordt wat de impact is van huiselijk geweld. Het gaat niet alleen om de fysieke en psychische gevolgen voor het slachtoffer zelf, maar ook de gevolgen voor de directe omgeving en voor de samenleving als geheel.

Als het geweld zich afspeelt tussen partners, zijn kinderen daar vaak getuige van. Uit onderzoek blijkt dat kinderen die opgroeien in een sfeer van huiselijk geweld, zelfs als zij niet direct slachtoffer zijn, aanmerkelijk vaker problemen hebben of probleemgedrag vertonen dan andere kinderen. Ze kunnen depressief worden, gaan slechter presteren op school of spijbelen. Maar ook vertonen zij eerder crimineel en gewelddadig gedrag dan andere kinderen en hebben een grotere kans als volwassene gewelddadig gedrag 'op te zoeken', als plegger of als slachtoffer.

• Huidig beleid

Zoals reeds aangegeven zijn samenwerking en netwerkontwikkeling de belangrijkste elementen van het OGGZ-beleid. Afstemmen van het beleid op de lokale situatie en zo mogelijk aansluiten bij wat er al regionaal is, geven het OGGZ-beleid de grootste kans op succes. Daarnaast werken veel van de betrokken partijen in de OGGZ op een grotere schaal dan de meeste gemeenten in Twente. Daarom is voor de OGGZ veelal gemeentelijke samenwerking geboden. Voor kleinere gemeenten is overigens praktisch ondoenlijk om zelf alleen met alle partijen samenwerking te zoeken. Het is voor gemeenten daarom van belang om samen met andere gemeenten het OGGZ-beleid vorm te geven.

– Vangnet zorg

Met het project Vangnet Zorg worden de beschreven hiaten in de zorg opgevangen. Voor activiteiten in Enschede en Almelo met betrekking tot het Vangnet Zorg wordt verwezen naar de projectplannen voor deze gemeenten. Een aantal gemeenten in Twente hebben hun regierol voor de OGGZ opgepakt door te participeren in het Vangnet Zorg en middelen beschikbaar te stellen.

– Huiselijk geweld

De wethouders volksgezondheid van de regio Twente vinden dat huiselijk geweld, onder alle omstandigheden, altijd onaanvaardbaar is. Vanuit de constatering dat de overheid een taak heeft in het verzekeren van veiligheid van iedere burger, hebben de wethouders volksgezondheid van de regio Twente besloten om opdrachtgever te zijn van het Project Integrale Aanpak Huiselijk Geweld Twente. Voor de regionale activiteiten met betrekking tot huiselijk geweld wordt verwezen naar het projectplan "Huiselijk Geweld Twente". Hierin participeren alle Twentse gemeenten.

Netwerken

Twentse gemeenten, GGD, politie, hulp- en zorgverleningsinstellingen, (ambulante) GGZ, (ambulante) verslavingszorg, instellingen voor maatschappelijke opvang, algemeen maatschappelijk werk, huisartsen, politie, woningbouwverenigingen.

Acties

– Platform OGGZ

De gemeente heeft de verantwoordelijkheid gekregen voor het instellen en instandhouden van een platform OGGZ van alle bij de OGGZ betrokken partijen. In een aantal gemeenten in Twente zijn lokale platformen OGGZ actief. Onderzocht wordt of en hoe deze lokale platformen kunnen worden omgevormd tot één of meerdere regionale platform(s).

- Concreet 2003/2004

De GGD maakt een voorstel over de oprichting en invulling van een regionaal Platform OGGZ waarbij rekening wordt gehouden met de huidige lokale overlegstructuren. Uiterlijk eind 2003 ligt er een voorstel. In 2004 wordt het platform ingesteld.

– Vangnet Zorg

De gemeenten zijn op het terrein van de OGGZ ook verantwoordelijk voor het initiëren en faciliteren van een Meldpunt voor OGGZ. Een aantal gemeenten heeft deze verantwoordelijkheid al opgepakt. Onderzocht wordt of en hoe deze meldpunten kunnen worden omgevormd tot een regionaal meldpunt.

- Concreet 2003

De GGD maakt een voorstel voor de oprichting en invulling van een regionaal Meldpunt OGGZ waarbij rekening wordt gehouden met de huidige lokale overlegstructuren. Uiterlijk eind 2003 wordt dit voorstel voorgelegd.

– Huiselijk Geweld

Het project Integrale Aanpak Huiselijk Geweld Twente is tot juli 2003 gefinancierd. De gemeenten zullen de komende periode bezien hoe dit project na 1 juli a.s. wordt gecontinueerd. Daarbij is er aandacht voor zowel de inhoudelijke als financiële component.

- Concreet 2003

De huidige projectleider bereidt in samenwerking met de bij dit onderwerp betrokken ambtenaren een voorstel voor. In maart wordt dit besproken.

Financiële en formatieve inzet

- Tijdsinspanning 2003/2004

- Platform OGGZ

De verwachte tijdsinspanning voor de GGD is 16 uur per maand.

- Vangnet zorg

De verwachte tijdsinspanning voor gemeenten is de bespreking in het ambtelijk overleg.

De verwachte tijdsinspanning voor de GGD is 4 uur per maand.

- Huiselijk geweld

De verwachte tijdsinspanning voor gemeenten en GGD zal blijken uit de projectuitwerking.

- Begroting 2003

In 2003 is de financiering voor het project 'Integrale Aanpak Huiselijk Geweld Twente' incidenteel gerealiseerd. In het projectplan worden de mogelijkheden van cofinanciering onderzocht en op basis daarvan kan worden bepaald welke kosten ten laste van de gemeenten in 2004 en 2005 zouden moeten komen.

1.5 TOEGANG TOT DE ZORG

Probleem

Nederland is qua voorzieningen redelijk voorzien. Toch zijn er mensen, met psychische en/of lichamelijke beperkingen, die moeilijk toegang vinden tot die voorzieningen. Complexe en onsamenvangende regelgeving, uiteenlopende verantwoordelijkheden, teveel loketten, wachttijden en wachtlijsten maken dat mensen geen gebruik maken of kunnen maken van het bestaande aanbod. Een aantal onderwerpen trekt de aandacht.

- (Huis)artsentekort

De eerstelijnszorg is een belangrijke én unieke voorziening in de gezondheidszorg, waar we zuinig op moeten zijn. Tegelijkertijd staat deze zorg onder druk. De huisarts is de spil van de eerstelijns zorg en juist daarom is het tekort aan huisartsen een nijpend probleem. Dit tekort is geen typisch Twents verschijnsel, maar het lijkt erop dat Twente er wel sterker door wordt getroffen. Oorzaak daarvan is onder andere dat Twente in vergelijking met andere delen van het land veel solopraktijken kent waarvoor het moeilijk is een opvolger te vinden. Binnen enkele jaren zal naar verwachting een substantieel deel van de huisartsen zijn/haar praktijk beëindigen. Het gaat hier om 20% van de huisartsen op een termijn van drie jaar. Hoewel het door inspanningen van velen tot nu toe nog wel is gelukt op de een of andere manier in de ontstane lacune te voorzien, ziet het er naar uit dat dit in de nabije toekomst steeds moeilijker wordt.

- Cliënteninformatie en -ondersteuning

Gezien de toenemende complexiteit is het van belang dat alle mensen met een vraag om informatie en/of ondersteuning omtrent welzijn, wonen en zorg terecht kunnen bij één, onafhankelijk loket.

De praktijk is dat de verschillende consumenten- en patiëntenorganisaties ieder hun eigen vorm van informatie en advies op de gebieden welzijn, wonen en zorg aanbieden. Ook de zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten, verschaffen informatie omtrent de zorg en aanpalende sectoren.

Deze organisaties verspreiden deze informatie via verschillende wegen, waaronder sociale kaarten, websites, folders, zorgloketten, helpdesks, tijdschriften, speciale telefoonlijnen, Gezondheidswijzer etcetera.

Eenduidigheid is nu nog ver te zoeken.

- RIO

Het aanbod in de zorg is in de loop van de jaren steeds gedifferentieerder geworden. Om een weg te kunnen vinden in dit aanbod en complexe wet- en regelgeving heeft de wetgever getracht een integrale toegang tot al die verschillende vormen van zorg-, hulp- en dienstverlening te realiseren. Eén loket voor voorzieningen op basis van de AWBZ en gemeentelijke voorzieningen. Het RIO.

Er wordt gekeken wat het concept van lokale loketten kan bieden voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de indicatiestelling voor cliënten. Zoals eerder aangegeven is het de bedoeling van de wetgever dat het RIO de rol vervult van integrale toegang tot al de verschillende vormen van zorg-, hulp- en dienstverlening. De relatie van het RIO met de ontwikkeling van zorgloketten is snel gelegd.

- Wachtlijsten.

De effecten van het bestaan van wachtlijsten doen zich over het algemeen op lokale schaal voor en vragen veelal om een lokale aanpak (uiteraard voor zover vallend onder de verantwoordelijkheid of invloedssfeer van de lokale overheid). Voorkoming hiervan is in het belang van het welbevinden van de burger en ter voorkoming van oneigenlijke druk op gemeentelijke welzijnsvoorzieningen. Het betreft wachtlijsten in de gehandicaptenzorg, de sector verpleging en verzorging, ziekenhuizen/specialisten, psychiatrie, jeugdzorg, tandartsen en algemeen maatschappelijk werk.

De oorzaak van het ontstaan van wachtlijsten kunnen veelal niet weggenomen worden door gemeenten. Onder het mom van “samen staan we sterk” zou er een periodiek regionaal overleg met het zorgkantoor moeten starten. Het “grijze” gebied tussen zorg en welzijn zou hierbij ook onderwerp van gesprek moeten zijn. Met resultaten op dit gebied zou mogelijk een deel van de wachtlijsten kunnen worden opgelost.

- Ambulancevervoer

In het verleden kwam het voor dat met name in de randgemeenten ambulances te laat bij spoedgevallen arriveerden. Vanuit de Bestuurscommissie GGD en het Ambtelijk Overleg is regelmatig druk uitgeoefend op aanpassing van het spreidingsplan van de Ambulance Oost. Dit lijkt met het nieuwe spreidingsplan te zijn verholpen. Vanuit VWS wordt echter een nieuw spreidingsplan ontwikkeld. Tevens komen wellicht de noodzakelijke middelen beschikbaar. Deze impulsen zullen ook weer regionaal worden uitgewerkt en opgepakt.

Huidige beleid

– (Huis)artsentekort

In principe hebben gemeenten geen wettelijke taak in het huisartsentekort. Wel kunnen gemeenten voorwaarden scheppen en faciliterend zijn om de vestiging van huisartsen binnen gemeentegrenzen aantrekkelijk te maken. Dit doen diverse gemeenten.

STELT (Stichting Eerstelijnszorg Twente) is een platform waarin een aantal partners die verantwoordelijk zijn voor de implementatie van de gezamenlijk gedragen visie bijeenkomen en afspraken maken. STELT is tot op heden een Enschedees initiatief. In Almelo loopt een Project Huisartsentekort Almelo. De gemeente Hengelo kent een notitie huisartsenbeleid. Ook in andere Twentse gemeenten wordt aandacht aan het huisartsentekort besteed. Er kan een Twente-brede aanpak worden ontwikkeld. Het is wenselijk hierbij gebruik te maken van de aanpak zoals is ontwikkeld door STELT en de ervaringen met het Almelse project. Zonodig fungeert STELT als aanjager.

- Cliënteninformatie en -ondersteuning

Er is een Twents project ontwikkeld waarin wordt uitgewerkt hoe in de regio Twente een ontwikkeling in gang gezet kan worden om de activiteiten op het gebied van cliëntinformatie en cliëntondersteuning te verbeteren c.q. beter op elkaar af te stemmen en te stroomlijnen. Het initiatief is genomen door de gezamenlijke gemeenten in Twente, het Patiënten Consumenten Platform Twente, het Zorgkantoor Twente en de Sociaal Pedagogische Dienst Twente.

– RIO

De RIO's in Twente zijn momenteel bezig met een kwaliteitsslag. Mede in het kader van het landelijke traject "Robuuste RIO's" zijn de RIO's in Twente bezig met een organisatieverandering die het mogelijk moet maken dat alle cliëntcategorieën op een effectieve en efficiënte wijze worden geïndiceerd.

– Wachtlijsten

De projecten Cliëntenparticipatie en Robuuste RIO's proberen zowel aan de voorkant als aan de achterkant van zorgvragen iets te ondernemen en zullen naar verwachting enige positieve invloed hebben op wachtlijsten. Daarnaast zijn er lokale (woon-zorg) initiatieven gericht op het ontlasten van de druk op intramurale zorginstellingen en op huisartsen.

– Ambulancevervoer

Bij de totstandkoming van het nieuwe spreidingsplan en de implementatie daarvan, waren de Twentse gemeenten in de projectgroep vertegenwoordigd door drie portefeuillehouders Volksgezondheid.

Netwerken

– Huisartsen

Districts Huisartsen Vereniging Twente, de Regionale Huisartsen Vereniging Enschede, Ziekenhuis MST, Amicon Zorgverzekeraar, GGD, STELT.

– Cliënteninformatie en -ondersteuning

De gezamenlijke gemeenten in Twente, het Patiënten Consumenten Platform Twente, het Zorgkantoor Twente en de Sociaal Pedagogische Dienst Twente, RIO's, Provincie Overijssel.

– RIO

De Twentse RIO's, de Twentse gemeenten.

– Wachtlijsten

Zorgkantoor, aanbieders, PCPT

– Ambulancevervoer

Gemeenten, Ambulance Oost

Acties

– Huisartsen

Er wordt een Twente-brede aanpak ontwikkeld. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van de bestaande aanpak zoals is ontwikkeld door STELT. Tevens wordt hierbij het project Huisartsentekort Almelo en het beleid in Hengelo betrokken. Er wordt aansluiting gezocht bij de aanpak van het tekort aan artsen in loondienst. Tevens is er aandacht voor inwoners zonder huisarts. De mogelijkheden tot het realiseren van alternatieve voorzieningen (bv. huisartsenassistente) en het geven van adequate voorlichting en het opstellen van gedragsregels hebben daarbij de aandacht. Getracht wordt medefinanciers bij de aanpak te betrekken.

• Concreet 2003

- Huisartsen

De GGD maakt een voorstel hoe de STELT aanpak regionaal kan worden uitgevoerd. Uiterlijk eind 2003 wordt er een projectvoorstel voorgelegd.

– Cliënteninformatie en -ondersteuning

In dit verband geen nadere Twentse voorstellen ontwikkelen, maar de uitkomsten van bovengenoemd Twents project afwachten.

– RIO

In dit verband geen nadere Twentse voorstellen ontwikkelen en de uitkomsten van bovengenoemd Twents project afwachten.

– Wachtlijsten

Vanuit de Bestuurscommissie het initiatief nemen tot een Twents overleg met het zorgkantoor.

- Concreet 2003

De bestuurscommissie heeft zowel in het voorjaar als het najaar een periodiek overleg met het zorgkantoor.

– Ambulancevervoer

Het belang van goede ambulancezorg gezamenlijk behartigen op Twentse schaal en alert zijn op het voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen.

- Concreet 2003

Structurele aandacht voor de ambulancezorg borgen in de agendavoering van de Bestuurscommissie GGD.

Financiële en formatieve inzet

- Tijdsinspanning 2003

Huisartsen

De verwachte tijdsinspanning voor de GGD is 8 uur per maand.

De verwachte tijdsinspanning voor de gemeente is de bespreking in ambtelijk overleg en deelname aan huisartsenoverleg.

Wachtlijsten

De verwachte tijdsinspanning voor gemeente is 6 uur per jaar.

De verwachte tijdsinspanning voor de GGD is 6 uur per jaar.

- Begroting 2003

De voorziene activiteiten kunnen uit de begroting worden gefinancierd.

1.6 Vermaatschappelijking van zorg

Probleem

Steeds meer ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische handicap blijven zelfstandig wonen. De tijd dat mensen met een beperking vooral in intramurale zorginstellingen werden opgevangen, ligt achter ons. In de komende jaren dient zorg steeds meer in de eigen woonomgeving van zorgvragers te worden verleend. Deze beweging staat bekend als de *'vermaatschappelijking van zorg'*. Het gaat om mensen uit alle leeftijdsgroepen: jongeren, mensen van middelbare leeftijd en ouderen. Ze 'horen erbij' en moeten net zo goed als alle andere burgers kansen krijgen om aan het maatschappelijk leven deel te nemen.

Vermaatschappelijking van zorg houdt een opdracht in voor de samenleving als geheel en vraagt om inspanningen van ondermeer de overheid. De samenleving dient toegankelijk te zijn voor mensen met uiteenlopende beperkingen. Dit stelt eisen aan de voorzieningen in de persoonlijke en openbare ruimte en aan de sociale infrastructuur. Geschikte woningen met noodzakelijke voorzieningen in de buurt, toegankelijkheid van openbare gebouwen, aangepast openbaar vervoer en toegankelijke sociale voorzieningen. In een recent advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg "Samen leven in de samenleving" krijgt de gemeente de rol van regisseur toebedeeld. Gemeenten zouden er voor moeten zorgdragen dat mensen met uiteenlopende beperkingen zelfstandig kunnen leven.

Vermaatschappelijking van zorg is niet van de ene op de andere dag geregeld. De Regiovisie Zorg van de Provincie Overijssel signaleert de volgende problemen t.a.v. de vermaatschappelijking van zorg:

1. weinig inzicht in voorraad 'aanpasbare' en 'levensloopbestendige' woningen. Tevens weinig inzicht in behoeften van zorgvragers;
2. versnipperde financiering t.a.v. de zorg. WVG, reguliere woningbouw en de AWBZ bewegen zich op hetzelfde terrein maar binnen hun schotten. Doordat mensen steeds meer thuis blijven wonen, neemt het beroep op de WVG sterk toe. Het gevolg is dat er een grotere (financiële) druk komt te liggen op de gemeenten. Eveneens relevant is dat er verschillen bestaan in de wijze waarop gemeenten hun WVG uitvoeren wat rechtsongelijkheid in de hand werkt;
3. deconcentratie van zorg is soms duurder dan de bestaande intramurale zorg. Tevens dreigt de vershraling van de intramurale zorg;
4. er bestaan verschillen in de positie van het platteland versus grote steden. Betrokken partijen dienen financiering, ruimtelijke ordening, woningbouwprogrammering en contingering beter af te stemmen op de relatie tussen wonen en zorg;
5. grenzen aan vermaatschappelijking van zorg vanwege mogelijke overlast voor de mensen zelf en omgeving. Mensen die het niet redden in wijk, komen terecht bij de maatschappelijke opvang. Toename dak- en thuislozen is een gevolg;
6. deconcentratie en vermaatschappelijking van zorg hebben vaak 'bestuurlijke schaalvergroting' tot gevolg. De menselijke maat verdwijnt. De afnemende beschikbaarheid van vrijwilligers, mantelzorg en voorzieningen in woonkernen versterkt dit nog eens. Deze tendens kan worden tegen gegaan door betere afstemming tussen voorzieningen voor wonen, zorg en welzijn in de wijk, buurt of op dorpsniveau.

De huidige welzijnsvoorzieningen zijn niet berekend op de grotere en andere vraag die de vermaatschappelijking van de zorg tot gevolg heeft. Vermaatschappelijking van zorg dient op een groot aantal beleidsterreinen te worden doorgevoerd wil zelfstandig wonen in de samenleving mogelijk zijn. Te denken valt onder meer aan de arbeidsmarkt, onderwijs en recreatie. De eerste aanzet daartoe begint bij de basis van een ieders bestaan; een goed dak boven je hoofd met alle noodzakelijke voorzieningen in de buurt. Wanneer mensen fysiek goed zijn ondergebracht in de samenleving, kunnen ze van daaruit deelnemen aan de samenleving om hen heen. Daarvoor is noodzakelijk dat voorzieningen in de buurt voorhanden zijn en toegankelijk zijn voor de doelgroep. Zowel de woon- als welzijnscomponent (voorzieningen) dienen op orde te zijn wil vermaatschappelijking van zorg een kans maken. Met name de lokale overheid wordt een belangrijke taak toegedicht als het gaat om de realisatie van een toegankelijke woonomgeving.

Huidig beleid

De provincie heeft tot taak contingenten voor woningbouw toe te kennen aan gemeenten. Om het aantal zorgwoningen binnen de regio te stimuleren, worden zorgwoningen niet meegerekend voor het contingent. Tevens is vanuit de Regiovisie Zorg een programmalijs uitgezet met als titel: "Wonen, Zorg, Welzijn en Deconcentratie van Voorzieningen". Resultaat van deze programmalijs is tot dusverre dat binnen de provincie Overijssel zogenaamde *Transferpunten* worden ontwikkeld waar woningbouwstichtingen, zorginstellingen en gemeenten elkaar kunnen vinden bij de ontwikkeling van woningen voor mensen met een zorgvraag. Dat juist gemeenten bij deze ontwikkeling worden betrokken is omdat vooral deze instanties van belang zijn bij het vormen van de welzijnscomponent.

De Regio Twente is ook actief op het terrein van wonen. In het zogenaamde Marktpartijenoverleg vindt afstemming plaats op het terrein van huisvesting tussen alle relevante partijen in de Regio Twente. Als het gaat om de toegankelijkheid van het openbaar vervoer wordt door de Regio Twente eveneens werk verzet. Van het aantal rondrijdende bussen in de Regio is ongeveer 65% reeds uitgevoerd met het lage vloerconcept. Tevens zijn belangrijke ontwikkelingen gaande als het gaat om het deur-tot-deur- vervoer (CVV-systeem). Daarnaast zijn projecten in voorbereiding om de sociale veiligheid in het openbaar vervoer te verhogen.

Netwerk

Denktank regiovisie provincie Overijssel
Transferpunt Overijssel (nog niet geheel in werking)
Regio Twente: Wonen, werken, mobiliteit
Regionaal Platform Arbeidsmarkt Twente

Acties

- Het aanpassen van voorzieningen, met name welzijnsvoorzieningen, dreigt een grotere aanslag te betekenen op het gemeentebudget zonder dat daar vooralsnog extra financiën voor tegenover staan. Krachtenbundeling richting rijksoverheid en zorgverzekeraars geeft meer mogelijkheden dan wanneer elke gemeente afzonderlijk zich bij deze instanties meldt. De gemeenten zullen gezamenlijk de knelpunten onder de aandacht brengen van zowel de zorgverzekeraar, de VNG als VWS.
 - Tussen gemeenten bestaan verschillen in de wijze waarop de WVG wordt toegepast waardoor uitvoeringsverschillen in de hand wordt gewerkt. Harmonisatie van de WVG in de Regio Twente biedt de doelgroep meer eenduidigheid. Vanuit de Regio Twente is reeds in samenwerking met gemeenten een voorzet gedaan ten aanzien van de indicering voor het collectief vraagafhankelijk vervoer. De gemeenten en de Regio Twente gaan onderzoeken of verdere harmonisatie mogelijk is.
 - Vanaf 2005 zijn gemeenten 100% verantwoordelijk voor de betaling van uitkeringen. Integratie van gehandicapten in het arbeidsproces wordt dan extra lonend. Samenwerking t.a.v. REA-wetgeving en werkgelegenheidsprojecten wordt vanuit het Regionaal Platform Arbeidsmarkt Twente opgezet.
 - Plannen voor zorgwoningen in Twente zijn reeds in ontwikkeling. Van een gestructureerde aanpak waarbij een goed beeld van de vraag (kwantitatief maar ook kwalitatief) basis is voor een gericht woningbouwbeleid is evenwel geen sprake. Dit is acceptabel zolang de vraag het aanbod sterk overtreft. Bij een afnemende vraag op termijn is een meer gestructureerde aanpak noodzakelijk. De Regio Twente probeert binnen Twente gemeenten en corporaties aan te sporen om te komen tot een gemeenschappelijke visie op de verstedelijking en daar ook afspraken over te maken. Wonen en Zorg is daarbij een van de aandachtsvelden. Door het Marktpartijenoverleg Twente wordt jaarlijks een woningmarktmonitor uitgegeven. De monitor wordt op dit moment herzien. Wonen en Zorg wordt een specifiek aandachtsveld.
 - Vanaf 2010 dient het openbaar vervoer toegankelijk te zijn voor mensen met een handicap. Acties zijn reeds door de Regio Twente in gang gezet. Van belang is dat acties regiobreed navolging vinden en afstemming plaatsvindt.
- Concreet in 2003/2004
 - De bestuurscommissie heeft zowel in het voorjaar als het najaar een periodiek overleg met het zorgkantoor;
 - Er wordt een regionale werkgroep WVG opgericht. Deze beschrijft de wijze van uitvoering en onderzoekt of er mogelijkheden zijn tot harmonisatie van de WVG. In 2004 brengt deze werkgroep verslag uit;
 - Er wordt een regionale werkgroep openbaar vervoer voor gehandicapten opgericht. Deze werkgroep werkt het beleid met betrekking tot het openbaar vervoer voor gehandicapten verder uit en ontwikkelt een implementatieplan om dit regiobreed in te zetten. Vanuit de belangenorganisaties in Twente is reeds een overleg over de Regiotaxi in Twente. Dit overleg kan als klankbord dienen;
 - De Regio Twente neemt het initiatief om een discussie te starten over de toekomst van het openbaar vervoer. Bij deze discussie wordt expliciet aandacht besteed aan de sociale functie van het OV;
 - In het kader van de Verstedelijkingsafspraken wordt geïnventariseerd hoeveel initiatieven voor zorgwoningen gepland staan in Twente;
 - In de woningmarktmonitor van het Marktpartijenoverleg wordt specifiek aandacht besteed aan Wonen en zorg. Tevens zal in oktober van 2003 een speciale themabijeenkomst worden gewijd aan dit thema;

- Initiatieven worden ontwikkeld om de vraag naar woningen geschikt voor ouderen en gehandicapten beter in beeld te brengen. Tevens wordt in kaart gebracht hoeveel woningen in de bestaande voorraad geschikt zijn voor de doelgroep en woningen eenvoudig geschikt kunnen worden gemaakt;
- Het Regionaal Platform Arbeidsmarkt Twente maakt een plan van aanpak hoe de REA-wetgeving en de werkgelegenheidsprojecten voor gehandicapten door de gemeenten gezamenlijk kunnen worden opgepakt. Aangezien de REA wetgeving per 2005 in werking treedt dient het plan van aanpak in 2004 te worden voorgelegd.

Financiële en formatieve inzet

- Tijdsinspanning 2003

- Periodiek overleg

De verwachte tijdsinspanning voor de GGD is 6 uur per jaar.

De verwachte tijdsinspanning voor de gemeenten is 6 uur per jaar.

- Werkgroep WVG

De verwachte tijdsinspanning voor de gemeenten is 2 uur per maand.

De verwachte tijdsinspanning voor de Regio Twente is 4 uur per maand.

- Openbaar vervoer

De verwachte tijdsinspanning voor de gemeenten is 2 uur per maand.

De verwachte tijdsinspanning voor Regio Twente is 4 uur per maand.

- Wonen

Afstemming voorraad woningbouw en woningmarktindicator kunnen worden meegenomen in reeds in gang gezette project en overleg. Ten aanzien van het in kaart brengen van de wensen doelgroep en aanbod zorgwoningen zal de Regio Twente extra inzet moeten plegen. Afhankelijk van de omvang van het onderzoek zullen daar middelen en mensen voor moeten worden ingezet.

- Arbeidsmarkt

De voorbereiding van de REA-wetgeving en de werkgelegenheidsprojecten voor gehandicapten vindt plaats in het bestaande Regionaal Platform Arbeidsmarkt Twente. Wanneer alle partijen in dit platform het belang onderschrijven van de reïntegratie van gehandicapten in het arbeidsproces, kan dit onderdeel in de reguliere werkzaamheden worden meegenomen. Indien de voorstellen om meer inzet vragen, dan komt dit terug in een voorstel aan de bestuurscommissie GGD.

- Begroting 2003 / 2004

De volgende activiteiten kunnen uit de begroting worden gefinancierd:

Periodiek overleg, werkgroep WVG, werkgroep OV, Wonen (met uitzondering onderzoek naar woonwensen doelgroep), arbeidsmarkt (voor zover te overzien).

Voor de volgende activiteiten zijn extra financiële middelen noodzakelijk:

Woonwensenonderzoek onder zorgvragers rekening houdend met bestaand onderzoek zoals verricht door Arcon. Daarvoor dient een plan van aanpak te worden opgesteld met bijbehorend kostenplaatje dat vervolgens ter goedkeuring wordt aangeboden aan de Twentse gemeenten.

1.7 VERSTERKING INFORMELE ZORG

Probleem

Informele zorg betreft het totaal van mantelzorg en vrijwilligershulp geboden aan familie en derden in een zorgafhankelijke situatie.

Reden voor versterking van de informele zorg is dat het aanbod onder druk staat terwijl de vraag toeneemt.

Oorzaken hiervoor zijn:

- vanwege de vermaatschappelijking van de zorg en de vergrijzing is het te verwachten dat het aantal personen met behoefte aan (vrijwillige) hulp in de lokale samenleving toeneemt;
- het vrijwilligersaanbod neemt af.

Er is behoefte aan regionale steunpunten met een spilfunctie voor informatievoorziening en ondersteuning van mantelzorgers en coördinatie van vrijwillige thuishulp.

Huidig beleid

Huidige regionale of bovenlokale gemeentelijke acties bestaan uit gezamenlijke subsidiëring van activiteiten van diverse organisaties. Bovendien nemen diverse gemeenten deel in begeleidingsgroepen van diverse projecten van deze organisaties.

Netwerken

Stuurgroep Steunpunt Informele Zorg: Twentse gemeenten, VOTT, zorgkantoor.

Stuurgroep Vrijwilligers voor mensen met een handicap in Twente: enkele Twentse gemeenten, SPD Twente, vertegenwoordigers van intramurale zorg, sociaal cultureel werk, vrijwilligersbank, belangenbehartiging doelgroep, werkgeversorganisatie.

Acties

Informele zorg verder ondersteunen en versterken d.m.v.:

- Verdere inbedding Steunpunten informele zorg na 2004;
- Bevorderen samenhang en afstemming beleid tussen organisaties die ondersteuning van informele zorg bieden.
Te denken valt dan aan organisaties zoals VOTT, Humanitas, telefonische hulpdiensten, SPD Twente, Springplank, RIBW en wat betreft doelgroep aan mensen met een lichamelijk/ verstandelijke handicap, psychische handicap, sociale beperking (eenzame ouderen) of mensen met dementie. Mogelijk kan ook afstemming tussen Vrijwilligerscentrales overwogen worden;
- Afstemming met zorgkantoor, bijvoorbeeld over hun ondersteuningsaanbod t.b.v. informele zorg en de overgang informele-professionele zorg;
- Netwerkvorming uitbreiden met extramuraal dan wel intramuraal werkende organisaties voor mensen met beperkingen/ zorgbehoefte. bijvoorbeeld thuiszorg, GVT's.
- Concreet in 2003/ 2004
 - De steunpunten informele zorg zijn tot en met 1 juli 2004 gefinancierd. De gemeenten zullen in het eerste kwartaal van 2004 bezien hoe de ondersteuning van de informele zorg na 1 juli 2004 structureel kan worden gefinancierd. Het huidige project wordt geëvalueerd. Op basis van de evaluatie wordt beoordeeld of het huidige project moet worden gecontinueerd. De ambtenaren van de betrokken gemeenten bereiden een voorstel voor. In maart 2004 wordt dit besproken. Aandachtspunten hierbij zijn inhoud, vorm, financiën en de relatie met andere (project)activiteiten op het gebied van informele zorg in de regio.
 - Agenderen voor periodiek overleg zorgkantoor.

Financiële en formatieve inzet

- Tijdsinspanning 2003/2004

Steunpunten

De verwachte tijdsinspanning voor de gemeenten is 1 uur per maand.

- Begroting 2003/2004

De voorziene activiteiten kunnen uit de begroting worden gefinancierd.

2 Overzicht van acties

In dit hoofdstuk worden de hiervoor geformuleerde acties gegroepeerd weergegeven. Additioneel is een actiepunten opgenomen, dat als rode draad door de gezondheidsthema's loopt, zijnde een structureel periodiek bestuurlijk overleg van de gezamenlijke gemeenten in Twente met het zorgkantoor.

Een nadere uitwerking van de acties wordt voorgelegd aan het ambtelijk overleg OGZ. Daarin wordt aangegeven wie verantwoordelijk is voor de uitvoering, welke positie de GGD inneemt, welke partijen betrokken worden/zijn, de concrete prioriteitsstelling/fasering en de doorlooptijd van de acties. Ter bewaking van de voortgang zal monitoring plaatsvinden door de GGD. Het ambtelijk overleg en de bestuurscommissie GGD worden aan de hand van deze monitor periodiek geïnformeerd.

| Actie | Product | Levering |
|--|---|--|
| Sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) Instellen werkgroep SEGV. | Plan van aanpak SEGV | 2003 |
| Gezonde leefstijl Voortzetting bestaande voorlichtingsprogramma alcohol en tabak voor jongeren en onder aandacht brengen van niet participerende gemeenten. Installeren werkgroep stimuleringsprogramma 'voeding en beweging', gericht op jongeren en ouderen. | Voorlichtingsprogramma alcohol en tabak Stimuleringsprogramma 'voeding en beweging' | 2003/04 2004 |
| Sociaal psychologische problematiek Inventariseren problematiek jeugd en jongeren, bezien aansluiting behoefte/aanbod hulpverlening en noodzaak ontwikkeling/aanpassing preventieprogramma's. Inventarisatie hiaten in zorg in verband met eenzaamheid bij ouderen en formulering actief beleid. Uitwerken continueringvoorstel Marietje Kesselsproject en onder aandacht brengen bij niet participerende gemeenten. Verbreding aandacht en ondersteuning bij implementeren van pestprotocol. | Plan van aanpak Onderzoeksrapportage Projectvoorstel MKP Ondersteuningsplan invoeren pestprotocol | 2004 2004 2003 2003 |
| Openbare geestelijke gezondheidszorg Onderzoek naar vorming van een of meer regionale platforms OGGZ. Onderzoek naar omvorming bestaande meldpunten naar regionaal meldpunt OGGZ. Uitwerking project Integrale Aanpak Huiselijk Geweld Twente. | Voorstel instellen overlegplatform(s) OGGZ Voorstel oprichting regionaal meldpunt OGGZ Projectvoorstel Huiselijke Geweld Twente | 2003/04 2003 2003 |
| Toegang tot de zorg Onderzoek naar mogelijkheden van aanpak STELT op Twentse schaal met aandacht voor alternatieven voor burgers zonder huisarts. Structurele aandacht op Twentse schaal voor kwaliteit ambulancezorg. | Voorstel mogelijk STELT aanpak Op Twentse schaal Borging in agendavoering Bestuurscommissie GGD | 2003 2003 |
| Vermaatschappelijking van de zorg Instellen regionale werkgroep WVG voor onderzoek | Verslag werkgroep over | 2004 |

| Actie | Product | Levering |
|---|--|---|
| <p>harmonisatiemogelijkheden.</p> <p>Instellen regionale werkgroep openbaar vervoer gehandicapten voor uitwerking beleid en regiobreed implementatieplan.</p> <p>Initiatief discussie toekomst OV met specifieke aandacht aan sociale functie.</p> <p>Inventarisatie initiatieven plannen voor zorgwoningen in Twente in het kader van verstedelijkingsafspraken</p> <p>Specifieke aandacht voor Wonen en Zorg in woningmarktmonitor.</p> <p>Initiatieven ontwikkelen om in beeld te brengen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de vraag naar woningen geschikt oor ouderen en gehandicapten en • hoeveel woning in bestaande woningvoorraad geschikt zijn (te maken). <p>Ontwikkeling plan van aanpak REA-wetgeving en werkgelegenheidsprojecten gehandicapten door Regionaal Platform Arbeidsmarkt Twente</p> | <p>harmonisatiemogelijkheden</p> <p>Verslag werkgroep regionaal beleid OV voor gehandicapten</p> <p>Initiatiefvoorstel OV-discussie</p> <p>Inventarisatie initiatieven zorgwoningplannen</p> <p>Themabijeenkomst 2003</p> <p>Onderzoeksvoorstel</p> <p>Plan van aanpak</p> | <p>2003</p> <p>2003</p> <p>2003/04</p> <p>2003</p> <p>2003/04</p> <p>2004</p> |
| <p>Versterking informele zorg</p> <p>Evalueren en ontwikkelen van continueringvoorstel project steunpunten informele zorg na 2004</p> | <p>Voorstel continuering steunpunten informele zorg</p> | <p>2003/04</p> |
| <p>Structureel overleg met Zorgkantoor</p> <p>Periodiek overleg van bestuurlijk Twente met Zorgkantoor over onder meer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • wachtlijstenproblematiek • zorggerelateerde woonvoorzieningen • welzijn/ zorggerelateerde welzijnsdiensten • ondersteuningsaanbod informele zorg | <p>Periodiek bestuurlijk overleg na afstemming in Bestuurscommissie GGD</p> | |

BIJLAGE 6: Afkortingen

| | | |
|------------|-------|--|
| AWBZ | ..... | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| CARA | ..... |  |
| CBS | ..... | Centraal Bureau voor Statistiek |
| COPD | | |
| COSBO | ..... | Overkoepelend orgaan ouderenbonden |
| CWI | ..... | Centrum voor werk in inkomen |
| DHV | ..... | Districts Huisartsen Vereniging |
| GGD | ..... | Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst |
| KBO | ..... | Katholieke Bond voor Ouderen |
| NEN 1814\ | ..... |  |
| NIDOS | ..... | Nederlands Instituut |
| ROC | ..... | Regionaal Opleidingscentrum |
| RIO | ..... | Regionaal Indicatie Orgaan |
| SES | ..... | Sociaal economische status |
| Segv | ..... | Sociaal economische gezondheidsverschillen |
| SWO | ..... | Stichting Welzijn Ouderen |
| UWV | ..... |  |
| VCPOCT | ..... | Vereniging Christelijk Primair Onderwijs Centraal Twente |
| VOC Tandem | ..... | Vrijwillig Ondersteunend Contact |
| WCPV | ..... | Wet Collectieve Preventie |