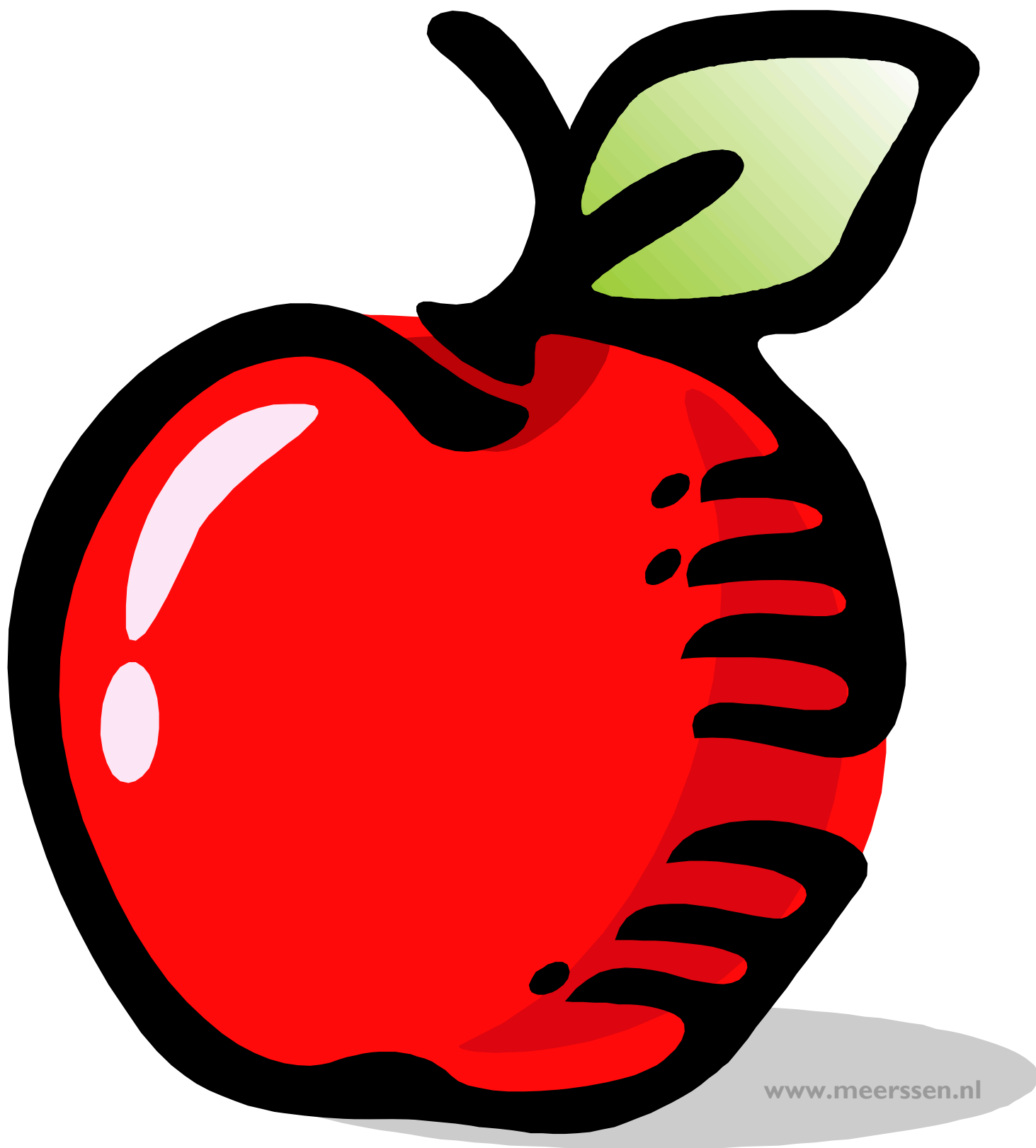


# Meerssen kiest voor **Gezond**



[www.meerssen.nl](http://www.meerssen.nl)



# Meerssen kiest voor Gezond

## LOKALE AANPAK VOLKSGEZONDHEIDSBELEID MEERSSEN 2007-2011

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| Versie                         | : 25-10-2007    |
| Status                         | : vastgesteld   |
| Advies Wmo platform            | : juli 2007     |
| Advies andere beleidsterreinen | : voorjaar 2007 |
| Datum akkoord mt               | : 30-10-2007    |
| Datum akkoord B&W              | : 06-11-2007    |
| Datum commissie                | : 20-11-2007    |
| Datum gemeenteraad             | : 13-12-2007    |



## INHOUDSOPGAVE

|                        |  |    |
|------------------------|--|----|
| Samenvatting           |  | 4  |
| Inleiding              |  | 8  |
| Hoofdstuk 1            | Volksgezondheidsbeleid in Meerssen                                       | 9  |
|                        | 1.1 Gemeentelijk kader   | 9  |
|                        | 1.2 Wat is er bereikt  | 9  |
|                        | 1.3 Aanzet tot een visie op gezondheidsbeleid                            | 10 |
|                        | 1.4 Gezondheidssituatie in Meerssen                                      | 12 |
|                        | 1.5 Volksgezondheidsbeleid op dit moment                                 | 17 |
|                        | 1.6 Er is meer...  | 18 |
| Hoofdstuk 2            | Aanpak lokaal volksgezondheidsbeleid 2007-2011                           | 20 |
|                        | 2.1 Lokale prioriteit preventie, signalering en aanpak huiselijk geweld  | 20 |
|                        | 2.2 Bereik doelgroepen   | 21 |
|                        | 2.3 Volksgezondheid: een gezamenlijke verantwoordelijkheid               | 22 |
|                        | 2.4 Versterking samenwerking eerstelijnsgezondheidszorg / relatie Wmo    | 23 |
|                        | 2.5 Aanpak volksgezondheidsbeleid 2007-2011                              | 24 |
| Hoofdstuk 3            | Jeugdgezondheidszorg Maastricht – Mergelland                             | 27 |
|                        | 3.1 Evaluatie beleidslijnen integraal JGZ 2005-2007                      | 28 |
|                        | 3.2 Beleidslijnen jeugdgezondheidszorg Maastricht – Mergelland 2008-2011 | 31 |
| Hoofdstuk 4            | Financiën  | 34 |
|                        | 4.1 Volksgezondheidsbeleid   | 34 |
|                        | 4.2 Jeugdgezondheidszorg   | 34 |
|                        | 4.3 Preventie, signalering en aanpak huiselijk geweld                    | 34 |
| Bronnen                |  | 36 |
| Geraadpleegde websites |  | 37 |
| Bijlage 1              | Kengetallen jeugdgezondheidszorg   |    |
| Bijlage 2              | Overzicht beleidsdoelstellingen 2007 – 2011                              |    |
| Bijlage 3              | Jaarprogramma gemeente Meerssen 2008                                     |    |

## Samenvatting

Eens in de vier jaar moet de gemeenteraad van Meerssen zijn gemeentelijk beleid ten aanzien van de volksgezondheid vaststellen. Gezien de geografische ligging van Zuid-Limburg en de overeenkomstige problematieken op het gebied van volksgezondheid hebben de 19 gemeenten van Zuid-Limburg samen een vijftal prioriteiten benoemd die in de komende beleidsperiode 2007-2011 de aandacht dienen te krijgen. Naast de regionale nota "Samen Gezond!", welke de basis is voor het volksgezondheidsbeleid en die door de gemeenteraad van Meerssen wordt vastgesteld, zal de gemeenteraad van Meerssen ook een lokale nota vaststellen, welke aanvullend is op de regionale nota.

Voor de gemeente Meerssen richt deze lokale nota zich op:

- de lokale aanpak van het lokaal gezondheidsbeleid 2007-2011( deze nota loopt vanaf 1 juli 2007 tot 1 juli 2011) en
- Jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar) 1 januari 2008 – 1 juli 2011.

Gezondheid en daarmee lokaal volksgezondheidsbeleid bevat heel verschillende onderwerpen en is dan ook zeker breder dan de onderwerpen die worden behandeld in de regionale nota en de lokale nota. Gekozen wordt om de komende vier jaar in Meerssen te focussen op:

### 1. Gemeentelijk facetbeleid en integraal beleid

- Verbeteren gemeentelijk facetbeleid: De beleidssectoren buiten de gezondheidszorg spelen een belangrijke rol bij de beïnvloeding van veel gezondheidsdeterminanten (gedrag/leefstijl, fysieke omgeving, sociale omgeving, gezondheidszorg)
- Verbeteren integraal beleid: gezamenlijke verantwoordelijkheid en versterking van de samenwerking met andere organisaties en disciplines.

Met gemeentelijk facetbeleid en integraal beleid samenhangend:

- Afstemming tussen monitoringscyclus en beleidscyclus
- Duidelijk onderscheid maken tussen het doel en (effectieve) interventies (effectieve interventies zijn activiteiten waar wetenschappelijk het effect van is bewezen)
- Samenhang tussen interventies (meer) inzichtelijk maken en de effecten van de samenhang
- Samenhang tussen gezondheid en leefstijl - risico's inzichtelijk maken en de effecten van de samenhang
- Het versterken van en verbeteren van een structurele en samenhangende aanpak door middel van aandacht voor gezondheid op andere beleidsterreinen en meer samenwerking met burgers en partners in het veld (gezamenlijke verantwoordelijkheid)
- Het versterken van de samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg, waarbij specifiek aandacht is voor het verknopen van preventie en zorg
- Verbetering van de onderzoeken: onder andere leeftijdscategorieën toevoegen, meer informatie over de gezondheidstoestand van risicogroepen, gegevens moeten leverbaar zijn op gemeenteniveau en het naast elkaar gebruiken van kwantitatieve gegevens en kwalitatieve gegevens
- Cliëntstelsel meenemen bij de aanpak van individuele gezondheidsproblemen en leefstijl – risico's.

### 2. Het waarborgen van de continuïteit in het volksgezondheidsbeleid:

- Continueren van interventies

3. Afstemming interventie op de doelgroep:
  - Interventie telkens afstemmen op de doelgroep(en): kinderen, jongeren, mensen met een (bepaald) verhoogd gezondheidsrisico, volwassenen, mantelzorgers, beroepsbevolking en ouderen (rekening houdend met lange termijn effect)
4. Het verkleinen van gezondheidsverschillen door specifiek aandacht te hebben voor mensen met een lage sociaal – economische status:
  - Gezondheidsverschillen tussen inwoners gerelateerd aan Sociaal Economische Status (SES) nadrukkelijk mee te nemen in het gezondheidsbeleid
5. De landelijke prioriteiten voor de periode 2007 – 2011 over te nemen (overgewicht, diabetes, depressieve klachten, schadelijk alcoholgebruik en roken). Tevens zal de gemeente Meerssen bewegen, voedingspatroon (groente en fruit inname) en drugsgebruik meenemen. Bewegen en een goed voedingspatroon zijn onmisbaar bij de aanpak van (extreem) overgewicht. Bij de aanpak van de prioriteiten gaat het om preventie. Preventie heeft de volgende doelen:
  - Ervoor te zorgen dat de inwoners van Meerssen gezond blijven door gezondheid te bevorderen en door de gezondheid te beschermen
  - Het voorkómen van ziekten en aandoeningen bij de inwoners van Meerssen
  - Ziekten en aandoeningen bij de inwoners van Meerssen in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen.

Er zal sprake zijn van het toepassen van met name primaire preventie en secundaire preventie. Tertiaire preventie valt vaak onder zorg.

- Primaire preventie: zijn die activiteiten die voorkómen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat.
- Secundaire preventie: ziekten of afwijkingen worden in een zo vroeg mogelijk stadium opgespoord (doelgroep: zieke mensen, verhoogd risico of een bepaald genetische aanleg)
- Tertiaire preventie: worden complicaties en ziekteverergering voorkomen.

De preventie kan naast ziekte en aandoening, ook gericht zijn op factoren die een risico zijn voor de gezondheid of factoren die de gezondheid kunnen bevorderen. In deze nota gebruiken we het begrip 'leefstijl – risico's' (factoren die een risico zijn voor de gezondheid). Het gaat dan bij de preventie om het voorkómen van leefstijl – risico's en op het vroegtijdig opsporen van aanwezige leefstijl – risico's. Bij de aanpak wordt gekozen voor (effectieve) interventies. De toe te passen interventies kunnen gericht zijn op de alle inwoners, op doelgroepen of op individuen. Bij leefstijl – risico's gaat het veelal om voorlichting.

#### *5a Gezondheid*

- Voor de prioriteit (extreem) overgewicht te streven naar een daling van het aantal kinderen en jongeren (0-19 jaar) met overgewicht en een stabilisatie van het aantal volwassenen (19 jaar en ouder) met overgewicht, door middel van primaire en secundaire preventie.
- Voor de prioriteit diabetes te streven naar een daling van het aantal inwoners met diabetes (met name volwassenen en ouderen), door middel van primaire en secundaire preventie.
- Voor de prioriteit depressie te streven naar een groter bereik van en gebruik van preventieve hulp door mensen met depressieve klachten.

### *5b Leefstijl - risico's*

- Voor de prioriteit schadelijk alcoholgebruik streven naar een daling van het aantal jongeren onder de 16 jaar en een daling van het aantal volwassene en oudere probleemdrinkers, door middel van primaire en secundaire preventie.
  - Voor de prioriteit roken te streven naar een verdere daling van het aantal rokers en de blootstelling aan tabaksrook in de omgeving daalt, door middel van primaire en secundaire preventie.
  - Voor de prioriteit drugs te streven naar een daling van het aantal jongeren dat drugs gebruikt, door middel van primaire en secundaire preventie. Tevens het accent te leggen op primaire preventie: activiteiten voor zowel kinderen van de basisschool (groep 8) als voor jongeren in het voortgezet onderwijs
  - Voor de prioriteit bewegen te streven naar daling van het aantal kinderen, jongeren en volwassenen, dat niet voldoet aan de beweegnorm, door middel van primaire en secundaire preventie.
  - Voor de prioriteit voedingspatroon te streven naar een daling van het aantal kinderen en jongeren dat onvoldoende (dagelijks) groente en fruit eet, door middel van primaire en secundaire preventie. Tevens het accent op preventieve activiteiten voor kinderen van de basisschool en voor jongeren in het voortgezet onderwijs, onder andere voorlichting aan ouders geven.
6. De lokale prioriteit preventie, signalering en aanpak van huiselijk geweld:
- Inzicht in het aantal slachtoffers (kinderen en jongeren) van huiselijk geweld in Meerssen (dit betekent dat 'slachtoffers van huiselijk geweld' gedefinieerd moet worden)
  - Inzichtelijk maken van de wijze van preventie, signalering en aanpak van huiselijk geweld in Meerssen
  - verstevigen contacten met de (lokale) instellingen (onder andere GroenekruisDomicura, en de Woningstichting) en met de huisartsen
  - evaluatie van het huidige beleid rondom huiselijk geweld en eventueel aanpassingen doorvoeren in dit beleid.
7. Op basis van de gebruikte onderzoeken voor deze nota, zijn meer aandachtspunten te noemen voor volksgezondheid. Een aantal hiervan zullen door de gemeente verder onderzocht worden op samenhang met (andere) gezondheidsproblemen, het huidige beleid en eventuele verdere aanpak:
- Pesten bij jongeren
  - Veiligheidsgevoel bij jongeren
  - Onveilig vrijen door jongeren
  - Gokken
  - Sportongevallen
  - Geluidshinder van met name vliegtuigen
  - Geurhinder van met name vliegtuigen
  - Stof-, rook-, en roethinder (luchtkwaliteit)
  - Eenzaamheid
  - (Ervaren) gezondheid van mantelzorgers
  - De mate van en wijze waarop informatie te geven over gezondheid en leefstijl -risico's.

Op het terrein van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar heeft de gemeente Maastricht, namens de Mergellandgemeenten, een specifieke taak. De gemeente Maastricht fungeert net zoals de afgelopen periode 2003-2007 in de periode 2007-2011 als centrumgemeente. In de komende periode zal naast de uitvoering van het uniforme -en maatwerk gedeelte van de

jeugdgezondheidszorg, aandacht zijn voor:

8. Uitbreiden van de werkmethode SamenStarten naar 4-19 jaar
9. Invoering Elektronisch Kind Dossier
10. Verbreden van opvoedingsondersteuning

Binnen de programmabegroting van de gemeente Meerssen, zijn middelen beschikbaar (zie tabel 2 in de nota "Meerssen kiest voor Gezond") voor zowel lokaal volksgezondheidsbeleid (vooral voor de wettelijke taken), als voor de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Op dit moment is nog niet helder of dit budget voldoende zal zijn om in de vier uitvoeringsjaren te kunnen werken aan alle gestelde prioriteiten. Aan de hand van het nieuwe productenboek zal de nota "Samen Gezond!" en de lokale aanpak worden uitgewerkt in een jaarprogramma 2008. Met dit jaarprogramma zal duidelijk worden wat de financiële voorwaarden zijn voor de uitvoering van de lokale aanpak. Wanneer verruiming van het budget dan nodig maar niet haalbaar blijkt te zijn, betekent dit dat keuzes gemaakt moeten worden in de geformuleerde prioriteiten.

Het jaarprogramma zal in februari 2008 ter behandeling aan de Commissie Dejong worden toegezonden en daarna ter vaststelling naar de gemeenteraad. Ook voor de jaren 2009 - 2010-2011 zal een jaarprogramma worden opgesteld.

Opgemerkt moet worden dat wanneer er keuzes gemaakt moeten worden in de geformuleerde prioriteiten, de gemeente Meerssen niet een eenzijdige bezuiniging op de basisproducten kan opleggen. Een bezuiniging op de basisproducten kan alleen als alle 19 gemeenten hier toe besluiten en dit wordt bekrachtigd in het Algemeen Bestuur van de GGD Zuid – Limburg.

Er zullen tevens eind 2007 en begin 2008 afspraken worden gemaakt met partners zoals eerste lijnszorg, scholen en welzijnsinstellingen over de nadere invulling van het jaarprogramma en hun rol en bijdrage.

Bij het opstellen van het lokaal beleid zijn de beleidsterreinen sport en jeugdbeleid betrokken geweest en hebben leden van het Wmo platform op persoonlijke titel (vanwege de beperkte tijd) op deze concept nota gereageerd. Het merendeel van de reacties is verwerkt in deze nota.

## Inleiding

De nota "Lokale aanpak volksgezondheidsbeleid Meerssen 2007-2011" is een verdere aanvulling op de regionale nota 'Samen Gezond!'. De nota "Lokale aanpak Volksgezondheidsbeleid Meerssen 2007-2011" geeft een nader beeld van de gezondheidssituatie in Meerssen. De regionale doelstellingen worden vertaald naar de Meerssense situatie en aangevuld met lokale prioriteiten (bijlage 2).

De gemeente Meerssen kiest voor het continueren van bestaande activiteiten en het versterken van een structurele en gerichte aanpak op gezondheidsbeleid. Deze aanpak wordt vertaald in een jaarprogramma 2008. Op dit moment kan het jaarprogramma 2008 (bijlage 3) nog niet volledig worden ingevuld, omdat een groot aantal producten van de GGD Zuid - Limburg komt en de GGD Zuid - Limburg door het fusieproces in het voorjaar van 2007 nog geen inzicht kon geven op productniveau. Het jaarprogramma 2008 is eind 2007 wel beschikbaar en zal dan ter kennisname worden toegestuurd aan de raadscommissie Dejong.

Het wordt steeds duidelijker, dat er ten aanzien van volksgezondheid winst te behalen valt op het gebied van preventie. Voorkomen is nog altijd beter dan genezen. Ook het nieuwe kabinet wil meer aandacht geven aan effectief preventiebeleid, om niet alleen het aantal gezonde levensjaren en de levensverwachting van de Nederlanders te verbeteren, maar ook om de kosten in de zorgsector beheersbaar te houden. Voor ogen moet worden gehouden dat de effecten van preventieve maatregelen vaak pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn. Goede monitoring is dus vereist. In een vierjaren beleidsnota zullen concrete beleidsdoelen worden geformuleerd, die het gedrag positief kunnen beïnvloeden en zo een bijdrage kunnen leveren aan het maatschappelijke effect op langere termijn.

Bij het opstellen van het lokaal beleid zijn de beleidsterreinen sport en jeugdbeleid, betrokken geweest en hebben leden van het WMO - platform van de gemeente Meerssen hebben vanwege de beperkte tijd, op deze conceptnota gereageerd. Ook de GGD Zuid - Limburg heeft naar deze concept nota gekeken en gereageerd. Het merendeel van de reacties zijn ook verwerkt in deze nota.

In deze nota zal in hoofdstuk 1 worden ingegaan op het gemeentelijk kader, de visie op gezondheid, de gezondheidssituatie in Meerssen en het volksgezondheidsbeleid op dit moment. In hoofdstuk 2 wordt de aanpak van het volksgezondheidsbeleid voor de komende periode nader beschreven. In hoofdstuk 3 zal apart aandacht zijn voor de Jeugdgezondheidszorg. Tenslotte zal in hoofdstuk 4 inzicht worden gegeven in de beschikbare financiële middelen.



## **Volksgezondheidsbeleid in Meerssen**

### **1.1 Gemeentelijk kader**

In 2003 is een nota Volksgezondheid opgesteld met een looptijd tot juli 2007. In deze nota lag het accent op het in beeld brengen van de verantwoordelijkheden van het openbaar bestuur in de openbare gezondheidszorg en het formuleren van een programmalijn openbare gezondheidszorg voor de jaren 2003 – 2007. De raad heeft destijds de prioriteit gelegd bij het realiseren van de regie van de gemeente Meerssen in de openbare gezondheidszorg en ervoor te zorgen dat de gemeente Meerssen voldoet aan alle wettelijke taken in de openbare gezondheidszorg. Door de val van het kabinet in het najaar van 2002 en doordat er richtlijnen en middelen ontbraken, is er in 2003 voor gekozen om stapsgewijs toe te werken naar een situatie in het jaar 2007, waarop voldaan wordt aan de wettelijke taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg en waarin de gemeente de regie in de openbare gezondheidszorg hanteert. Er werd in die nota gesteld, dat daarna vanaf 2007 verder vorm gegeven kan worden aan het lokale gezondheidsbeleid.

### **1.2 Wat is er bereikt**

In de periode van 2003 tot 2008 is gewerkt aan het invullen van de regierol van de gemeente Meerssen in de openbare gezondheidszorg. Concreet betekent dit dat de bestuurlijke vertegenwoordiging van de gemeente Meerssen in verschillende besturen als bijvoorbeeld het Dagelijkse Bestuur van de GGD Zuid - Limburg, geregeld is. Ook de ambtelijke inbreng kreeg vorm door middel van deelname in verschillende overleggen, onder andere door deelname aan een van de dialooggroepen, namelijk Jeugdgezondheidszorg (inhoudelijk overleg tussen de GGD Zuid - Limburg en de gemeenten). Om de regierol verder goed te kunnen invullen, moet de gemeente goed op de hoogte blijven van de effecten van de interventies en de samenhang tussen de interventies op het gebied van gezondheidsbeleid. Hiertoe ontvangt de gemeente periodiek een rapportage van de GGD Zuid - Limburg. Dit punt vraagt echter meer aandacht, de wijze van monitoring is namelijk niet voldoende. Dit blijkt uit de beperkte mate waarin we op dit moment de gezondheidseffecten van de interventies (op korte en lange termijn) per doelgroep kunnen nagaan, evenals de samenhang tussen de interventies. Om goed beleid te kunnen maken, is het belangrijk hier meer inzicht in te krijgen. De gemeente Meerssen wil steeds meer de monitoring toepassen in de beleidscyclus. Hierbij hoort een cyclische werkwijze<sup>1</sup> (kwaliteitsdenken). De GGD Zuid - Limburg werkt aan een meer transparante beleidsontwikkeling met meer oog voor output en outcome (met behulp van onder andere: evidence based werkwijze, benchmark en toetsing beleid van de GGD door de Inspectie voor de Gezondheidszorg). Dit proces sluit goed aan bij het proces van de gemeente Meerssen om te komen tot een goede verbetercyclus van het gezondheidsbeleid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat ook de gemeenten steeds meer bevragen op het gezondheidsbeleid.

De gemeenten hebben de verplichting om een GGD in stand te houden, om te kunnen voldoen aan de bij de wet opgelegde taken (Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, afgekort de WCPV). Gezamenlijk zijn de gemeenten en de GGD verantwoordelijk voor de volksgezondheid. De dialooggroepen zijn een middel om de samenwerking inhoud te geven: via deze dialooggroepen worden onder andere gezamenlijk criteria geformuleerd op basis waarvan de producten opnieuw kunnen worden beschreven.

In de afgelopen jaren is de behoefte aan integraal beleid alleen maar groter geworden. Het werken aan beleid op het gebied van volksgezondheid vraagt inzicht in de raakvlakken met andere beleidsterreinen, denk bijvoorbeeld aan de middelen en voorzieningen op het gebied van sport en wonen. De gemeente Meerssen wil hier de komende jaren verder werken aan

---

<sup>1</sup> Cyclische werkwijze (cirkel van Deming) betekent het continue doorlopen van de stappen: plan, do, check, act om tot steeds betere kwaliteit te komen.

integraal beleid op het gebied van volksgezondheid, door zowel intern over de “schotten” heen te kijken en door het volgen van het integrale beleid van uitvoerende organisaties als de GGD Zuid - Limburg en GroenekruisDomicura.

Uit de cijfers van de “Limburgse GezondheidsEnquete 2003”, waarin Meerssen vergeleken wordt met andere regio - gemeenten, blijkt over welke gemeten indicatoren voor gezondheid, Meerssen onder, gemiddeld of boven gemiddeld scoort ten opzichte van de overige gemeenten in Zuid Limburg. Het doel voor Meerssen zal zijn: verbetering van de gezondheid van de inwoners door (onder andere) het beïnvloeden van bepaalde leefstijl - risico's (alcohol, drugs, bewegen en voeding).

Terugkijkend kunnen we stellen dat gezondheid een plaats heeft gekregen binnen de beleidsprogramma's van de gemeente Meerssen. Het jaar 2007 is een geschikt jaar om samenhang te brengen tussen de verschillende beleidsonderwerpen, omdat dan zowel de voorliggende nota lokale aanpak volksgezondheidsbeleid, het 4 jaren Wmo - beleidsplan en de nota Wonen, Welzijn en Zorg gereed dienen te zijn.

### **1.3 Aanzet tot een visie op gezondheidsbeleid**

De gemeente heeft de taak de gezondheid van haar inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Dit is wettelijk vastgelegd in onder andere de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. De gemeente heeft diverse mogelijkheden om deze taak uit te voeren. Bij het formuleren van de visie op het gezondheidsbeleid, moeten we eerst het begrip “gezondheid” gedefinieerd hebben. Hiervoor hebben we gezocht naar theoretische kaders. In literatuur zien we dat gezondheid veelal gezien wordt als één van de vier domeinen van: kwaliteit van leven. Voordat we dus kunnen komen tot een definitie van “gezondheid”, is het belangrijk om eerst ‘kwaliteit van leven’ te definiëren:

*Kwaliteit van leven is het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan. Kwaliteit van leven bestaat dus **zowel** uit relatief objectieve als uit subjectieve aspecten<sup>2</sup>.*

Deze definitie vertaald met behulp van een voorbeeld: het gaat er bijvoorbeeld niet alleen om of iemand beperkingen heeft, maar ook over wat hij of zij daarvan vindt. In literatuur wordt de “kwaliteit van leven” veelal beschreven aan de hand van verschillende domeinen. Zowel het aantal als de invulling van de domeinen kan verschillen. In deze nota wordt gekozen voor de volgende vier (overzichtelijke) domeinen, die onderdeel zijn van de kwaliteit van leven<sup>3</sup>:

- Gezondheid
- Woon- / leefsituatie
- Participatie
- Mentaal welbevinden.

In deze nota gaan we alleen in op het eerste domein, namelijk: Gezondheid. In 2008 zullen ook de overige drie domeinen verder uitgewerkt worden, met name met behulp van het vierjaren beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning 2008 – 2011: “Meerssen op Maat”. Uitgaande van de definitie van “kwaliteit van leven”, willen we gezondheid zien als een onderdeel dat van invloed is op het ervaren van de kwaliteit van leven. We zouden kunnen spreken van: gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De World Health Organisation hanteert de volgende definitie van gezondheid:

*Gezondheid is een staat van totaal fysiek, psychisch en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek.*

<sup>2</sup> [www.nationaal Kompas volksgezondheid.nl](http://www.nationaal Kompas volksgezondheid.nl)

<sup>3</sup> Actiz, (juni 2005). Zicht op eigen Leven.

Gezondheid is dus meer dan de afwezigheid van ziekte. Het is ook onlosmakelijk verbonden met vooral de domeinen woon- / leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Deze samenhang is te onderbouwen met een voorbeeld: iemand met een lichamelijke handicap heeft zelf een betaalde baan geregeld (zelf de regie gehouden). Door het zelf te regelen, is hij actief bezig geweest en blijft door het werk in contact met de maatschappij. Dit alles zal ook bijdragen aan een positief zelfbeeld. Het voorgaande raakt zeer sterk de discussie die ook in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning moet worden gevoerd. Het idee achter de Wmo is dat iedereen de eigen verantwoordelijkheid neemt, om mee te doen aan de samenleving. Daar waar mensen obstakels tegenkomen, moet de gemeente de obstakels wegnemen. Een gemeente kan hierbij zelf de grenzen stellen. De gemeente moet dus definiëren wanneer zij een burger zelfredzaam acht. Daarnaast zal de gemeente moeten definiëren wanneer zij vindt dat iemand volledig kan deelnemen aan de samenleving en daar ook verantwoordelijkheid voor draagt. Het gaat bij zowel de visie op volksgezondheidsbeleid als bij de Wet maatschappelijke ondersteuning om de verhouding tussen overheid – middenveld – burger.

Met het voorgaande, omschrijven we hieronder de visie op gezondheidsbeleid: een aanzet.

#### **Aanzet visie op gezondheidsbeleid**

##### *Gezondheid en gezondheidsbeleid...*

De gemeente Meerssen hanteert de definitie van “gezondheid” van de World Health Organisation: Gezondheid is een staat van totaal fysiek, psychisch en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek. De gezondheidszorg richt zich op het voorkomen van ziekten en beschermen en bevorderen van de gezondheid. Gezondheidsbeleid beïnvloedt de leefwijze van mensen, hun leefomgeving en de gezondheidszorg waar zij gebruik van kunnen maken. De gemeente Meerssen draagt zorg voor collectieve preventie, maar heeft ook oog voor de relatie van preventie met zorg (curatie, behandeling) en verzorging. De gemeente brengt zorg daar waar nodig.

##### *Zorgen voor gezondheid...*

De gemeente Meerssen is verantwoordelijk voor de gezondheid van de inwoners van Meerssen. Voorop staat het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de inwoners voor gezondheid.

##### *Samenhang en samenwerking...*

De gemeente Meerssen heeft een goed overzicht over het beleidsterrein “gezondheid” binnen Meerssen. Er is samenhang met andere beleidsterreinen. Het gezondheidsbeleid is structureel en wordt consequent gemonitord door de gemeente. Dat geeft goede mogelijkheden tot sturing en financiële afwegingen. Samenwerking met organisaties die zich bezig houden met gezondheid is belangrijk voor de gemeente Meerssen.

##### *Participeren...*

Bij het gezondheidsbeleid, is participatie van de inwoners van de gemeente Meerssen van belang. Om de inwoners van de gemeente Meerssen goed mee te kunnen laten denken, bepaalt de gemeente wanneer en hoe de inwoners of specifieke groepen worden betrokken bij het gezondheidsbeleid. Het Wmo - platform zal in ieder geval een belangrijke rol spelen bij het gezondheidsbeleid. De gemeente staat ook open voor initiatieven van de inwoners.

In Meerssen willen we de visie op “kwaliteit van leven” en dus ook onder andere de visie op “gezondheid”, in 2008 verder uitwerken in relatie met de Wet maatschappelijke ondersteuning. Dit alles moet benaderd worden vanuit verschillende beleidsterreinen, bijvoorbeeld gericht op wonen en veiligheid.

#### 1.4 Gezondheidssituatie in Meerssen

In de nota "Samen Gezond!"<sup>4</sup> is op de vijf prioriteiten (roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes) de situatie in Zuid-Limburg weergegeven ten opzichte van Nederland. Hieronder wordt de gezondheidssituatie van de inwoners van Meerssen beschreven waarbij gebruik is gemaakt van de volgende bronnen:

- Limburgse GezondheidsEnquete 2003, GGD Zuid-Limburg (uitgevoerd in de 2003)
- Afgeleid uit de Limburgse GezondheidsEnquete 2003: Epidemiologische gegevens voor lokaal gezondheidsbeleid in Zuid-Limburg, GGD Zuid - Limburg, januari 2007 (uitgevoerd in 2003)
- Jongerenonderzoek 2005, Eerste resultaten scholierenonderzoek gemeente Meerssen, GGD Zuid - Limburg, juni 2006 (uitgevoerd in oktober 2005)
- Jongerenonderzoek 2005, Tabellenboek resultaten gemeente Meerssen, GGD Zuid - Limburg, mei 2007.

De gezondheidssituatie wordt dan beschreven aan de hand van twee onderwerpen: gezondheid en leefstijl - risico's en zijn gebaseerd op de eerder genoemde vijf regionale prioriteiten.

1. Gezondheid: (extreem) overgewicht, diabetes, depressieve klachten (aanvulling: ervaren gezondheid)
2. Leefstijl - risico's: overmatig alcoholgebruik, roken, drugsgebruik, onvoldoende beweging, ongezond voedingspatroon.

Op basis van deze onderzoeken, kan geconcludeerd worden dat met betrekking tot:

##### *Gezondheid*

(Extreem) overgewicht:

- (extreem) overgewicht bij 5/6 jarigen in 2005 lager is dan het landelijk gemiddelde (zowel bij jongens als bij meisjes). Het percentage (extreem) overgewicht bij meisjes hoger is dan bij de jongens in deze leeftijdscategorie;
- (extreem) overgewicht bij 9/11 jarigen in 2005 lager is dan het landelijk gemiddelde (zowel bij jongens als bij meisjes). Het percentage (extreem) overgewicht bij meisjes hoger is dan bij de jongens in deze leeftijdscategorie;
- (extreem) overgewicht bij 13/14 jarigen in 2005 lager is dan het landelijke gemiddelde (zowel bij jongens als bij meisjes). Het percentage (extreem) overgewicht bij meisjes hoger is dan bij de jongens in deze leeftijdscategorie;
- (extreem) overgewicht bij volwassenen<sup>5</sup> in 2003 hoger is dan het landelijke gemiddelde. In Zuid-Limburg komt overigens gemiddeld meer (extreem) overgewicht voor bij volwassenen dan gemiddeld in Nederland. Tevens is in de gemeente Meerssen een toename te zien in het percentage volwassenen met (extreem) overgewicht ten opzichte van 1998, net als bij de meeste andere gemeenten in Zuid-Limburg en Nederland;
- (extreem) overgewicht bij ouderen<sup>6</sup> in 2003 hoger is dan het landelijk gemiddelde. In Zuid - Limburg komt net als bij volwassenen gemiddeld meer (extreem) overgewicht voor bij ouderen dan gemiddeld in Nederland. Tevens is in de gemeente Meerssen een toename te zien in het percentage volwassenen met (extreem) overgewicht ten opzichte van 1998, net als bij de meeste andere gemeenten in Zuid-Limburg en Nederland.

<sup>4</sup> Gemeente Maastricht (2007). Samen gezond!, Regionale prioriteiten volksgezondheidsbeleid Zuid - Limburg 2007-2011

<sup>5</sup> Volwassenen : in deze nota wordt hier telkens de groep van 20-75 jarigen mee bedoeld.

<sup>6</sup> Ouderen : in deze nota wordt hier telkens de groep van 55-75 jarigen mee bedoeld.

#### Diabetes:

- het percentage volwassenen met diabetes in 2003 hoger is dan het landelijk gemiddelde. Er is een zeer geringe daling te zien in het percentage volwassenen in de gemeente Meerssen in 2003 ten opzichte van 1998.;
- het percentage ouderen met diabetes in 2003 hoger is dan het landelijk gemiddelde. Ten opzichte van 1998 is het percentage ouderen met diabetes in 2003 gedaald. In vergelijking met de meeste overige Zuid-Limburgse gemeenten ligt het percentage hoger.

#### Ernstige depressieve klachten:

- het percentage volwassenen met ernstige depressieve klachten in de gemeente Meerssen is in 2003 10% van de leeftijdscategorie 20-75 jaar (varieert bij de Zuid Limburgse gemeenten tussen de 7% en 13 %) en ligt in 2003 met 1% onder het Zuid-Limburgse gemiddelde;
- het percentage ouderen met ernstige depressieve klachten in de gemeente Meerssen is in 2003 10% van de leeftijdscategorie 55-75 jaar (varieert bij de Zuid-Limburgse gemeenten tussen de 7% en 16%) en ligt in 2003 net als bij de volwassenen met 1% onder het Zuid-Limburgse gemiddelde.

#### Ervaren gezondheid:

- Uit de "Limburgse GezondheidsEnquete 2003" is de gemiddelde VOEG-13-score<sup>7</sup> (ervaren gezondheid) iets lager ten opzichte van de overige Zuid - Limburgse gemeenten en ook iets lager ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Van de Meerssense inwoners vindt 82% zijn of haar gezondheid goed tot uitstekend en vindt 65% zijn of haar leefstijl gezond tot zeer gezond. Als men iets wil veranderen in de leefstijl, dan gaat het met name om het beweegpatroon en het gewicht.
- Het merendeel van de jongeren ervaart zijn of haar gezondheid als goed tot heel goed. Bijna een op de vijf jongeren in klas 4 in het voortgezet onderwijs ervaart deze als "het gaat wel" tot "slecht".

#### *Leefstijl - risico's*

##### Alcoholgebruik:

- het (overmatig, problematisch) alcoholgebruik bij jongeren<sup>8</sup> in 2005 ongeveer gelijk is gebleven ten opzichte van het onderzoek in 2001. Het percentage neemt wel toe tussen klas 2 en klas 4 in het voortgezet onderwijs. De percentages liggen in 2005 zowel onder het landelijke als onder het Zuid-Limburgse gemiddelde. In klas 2 hebben 11 leerlingen van de 183 (6%) leerlingen, die deelnamen aan het onderzoek, aangegeven, in de vier weken voorafgaand aan het onderzoeksmoment, dronken of aangeschoten te zijn geweest. Bij de interpretatie van de gegevens moet meegenomen worden dat het gaat om leerlingen tussen de 12 en 15 jaar zijn en dus nog geen alcohol mogen krijgen.
- het alcoholgebruik bij volwassenen in 2003 hoger (3%) is dan het landelijke gemiddelde. Het percentage 'zware drinkers' was in de gemeente Meerssen in 2003 ten opzichte van 1998 met 2% afgenomen. Het percentage dat niet verantwoord drinkt lag in 2003 ten opzichte van de meeste overige Zuid-Limburgse gemeenten hoger;
- het alcoholgebruik bij ouderen in 2003 hoger is dan het landelijke gemiddelde. Het percentage drinkers onder ouderen is ook toegenomen ten opzichte van 1998, net als bij de overige Zuid - Limburgse gemeenten, terwijl deze toename bij de landelijke percentages niet te zien is. Het percentage 'zware drinkers' is ook ten opzichte van 1998 toegenomen in de gemeente Meerssen, wat bij de meeste overige Zuid -

<sup>7</sup> Vragenlijst voor Onderzoek naar Ervaren Gezondheid.

<sup>8</sup> Jongeren : in deze nota wordt hier telkens de 13-14 jarigen (klas 2) en de 15-16 jarigen (klas 4) mee bedoeld.

Limburgse gemeenten ook te zien is. Het percentage dat niet verantwoord drinkt lag in 2003 ten opzichte van de meeste overige Zuid-Limburgse gemeenten hoger;

#### Roken:

- het percentage jongeren dat rookt, is in 2005 lager dan het landelijke gemiddelde. Het percentage rokers wat betreft de tweede klas voortgezet onderwijs is lager ten opzichte van de meeste Zuid-Limburgse gemeenten. Zowel bij de tweede klassers als bij de vierde klassers is het percentage rokers in 2005 gedaald ten opzichte van 2001. Hoewel het aantal rokers dus is gedaald, is wel te zien dat het aantal rokers tussen klas 2 en klas 4 in die jaren toeneemt;
- het percentage volwassenen dat rookt in 2003 lager is dan het landelijke gemiddelde (let wel: mogelijke vertekening in de vergelijking omdat het landelijke gemiddelde gebaseerd is op de jaren 2001 – 2003 en het Limburgs cijfer alleen op 2003). Er is bij de volwassenen in de gemeente Meerssen een daling te zien in het percentage rokers in 2003 ten opzichte van 1998, zoals in de meeste overige Zuid-Limburgse gemeenten;
- het percentage ouderen dat rookt in 2003 lager is dan het landelijke gemiddelde. Er is bij de ouderen in de gemeente Meerssen een geringe daling te zien (1%) in het percentage rokers van 1998 tot 2003. Deze daling is bij de overige Zuid-Limburgse gemeenten meer dan 1%;

#### Drugs:

- Uit de gezondheidsenquête onder jongeren uit 2005 blijkt dat 1% van de 2<sup>de</sup> klassers in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek cannabis gebruikt en 1% in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek harddrugs gebruikt. In klas 4 geeft 5% aan in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek harddrugs gebruikt te hebben.

#### Bewegen:

- Verder blijkt uit de "Limburgse GezondheidsEnquête 2003" dat 67% van de Meerssenenaren niet voldoet aan de beweegnorm.
- In het "Jongerenonderzoek 2005" geeft 59% van de tweede klassers voortgezet onderwijs in Meerssen aan, niet te voldoen aan de beweegnorm. In de vierde klas blijkt 64% niet te voldoen aan de beweegnorm.

#### Voedingspatroon:

- Ook het voedingspatroon van zowel de tweede en vierde klassers laat te wensen over: 51% van de leerlingen in klas 2 en 54% van klas 4 eet onvoldoende fruit. Wat betreft groente eten: 45% van klas 2 en 52% van klas 4 eet onvoldoende groente.

Kijkend naar de percentages en de interpretatie van deze percentages is er een verschil te zien in de mate waarin gezondheidsproblemen en ongezonde leefstijlen voorkomen. Hoewel niet gemeten, wil de gemeente Meerssen ook uitgaan van een zeker verband tussen de gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld overgewicht en diabetes. Ook kan een combinatie van bepaalde gedragingen als roken en diabetes, het risico op het ontstaan van lichamelijke aandoeningen verhogen.

Uit de Limburgse GezondheidsEnquete 2003 blijkt dat Meerssenaren in hun leefstijl met name iets willen veranderen in het bewegen (44%). Het gewicht veranderen komt op de tweede plaats, stress op de derde plaats, eten op de vierde plaats, roken op de vijfde plaats, niets veranderen op de zesde plaats en alcohol op de zevende plaats.

Uit het jongerenonderzoek blijkt dat naarmate leerlingen ouder worden, de meeste risicogedragingen vaker voorkomen, met name wat betreft roken, alcohol en cannabis. Ook is het belangrijk bij het interpreteren van de resultaten van de jongerenonderzoek, niet alleen te kijken naar de hoogste scores, maar ook de mate waarin het gedrag voorkomt. Als

voorbeeld: in klas 4 geeft 18% van de leerlingen aan te roken: dit lijkt weinig maar het gaat toch om 36 personen van 203 leerlingen.

De realiteit is dat 49% van de volwassenen (20-75 jaar), oftewel 6934 Meerssenaren, overgewicht heeft, waarvan 12% extreem overgewicht (832 Meerssenaren) en hierdoor een verhoogde kans heeft op allerlei gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten en suikerziekte. Het betreft hier burgers die deel uitmaken van onze beroepsbevolking en die Meerssen nodig heeft om Meerssen vitaal te houden. Bij ouderen heeft zelfs 65% oftewel 722 Meerssenaren, last van overgewicht of extreem overgewicht. Daarnaast is (extreem) overgewicht bij kinderen een aandachtspunt: in de leeftijdscategorie 5 tot 6 jaar heeft 5% van de jongens en 13% van de meisjes in Meerssen last van overgewicht of extreem overgewicht. In de leeftijdscategorie van 9 tot 11 jaar heeft 9% van de jongens en 13% van de meisjes last van overgewicht of extreem overgewicht. Daarmee is overgewicht een van de belangrijkste gezondheidsrisico's in Meerssen.

67% van de Meerssenaren voldoet niet aan de beweegnorm. Van de Meerssenaren wil 44% het beweegpatroon veranderen en 42% het gewicht. Ook bij de jongeren is het percentage dat niet voldoet aan de beweegnorm hoog.

De inname van zowel groente als fruit is onder meer dan de helft van de 2<sup>de</sup> en de 4<sup>de</sup> klassers voortgezet onderwijs, onvoldoende.

20% van de 15/16 jarigen, oftewel 105 jongeren, drinkt drie maal per maand teveel<sup>9</sup> alcohol en 14% van de volwassenen, oftewel 1981 volwassenen, en ook 14% van de ouderen, oftewel 166 ouderen, drinkt 1x per week teveel<sup>10</sup> alcohol. Het gebruik van overmatig alcohol heeft niet alleen gevolgen voor het individu maar levert ook problemen op voor de maatschappij, zoals overlast, geweld en arbeidsverzuim.

Uit de jongerenenquête blijkt dat het gebruik van cannabis, XTC en harddrugs ten opzichte van 2001 is afgenomen. Desalniettemin moet hier in de preventieve sfeer aandacht voor blijven, immers de behoefte om de te experimenteren tijdens de puberteit is groot.

Daarnaast kent de gemeente Meerssen gezondheidsverschillen tussen inwoners: er is een groep burgers met een lage opleiding (45%), welke vaak gepaard gaat met een lage sociaal-economische status<sup>11</sup>. Uit de Limburgse gezondheidsenquête van 2003 blijkt voor Meerssen dat inwoners met een lage opleiding en een lage sociaal-economische status, vaker roken, vaker overgewicht hebben en minder vaak bewegen dan inwoners met een hoge opleiding en een hoge sociaal-economische status. Er zijn wat betreft Meerssen geen exacte gegevens bekend over buurten, waarin relatief meer mensen wonen met een lage opleiding en een laag inkomensniveau en de relatie tot het aantal inwoners met meer overgewicht en meer roken, dan het Meerssens gemiddelde.

Uit tabel 1 blijkt dat het aantal jaren dat mensen met een lage sociaal-economische status in een als goed ervaren gezondheid leven, gemiddeld 15 jaar minder is dan mensen met een hoge sociaal-economische status. Ook hebben mensen met een lage sociaal-economische status eerder te maken met beperkingen en hebben zij een lagere levensverwachting. Het bestaan van gezondheidsverschillen is niet alleen een ongewenste situatie vanuit solidariteit. Er zijn ook sociaal-economische argumenten om ervoor te zorgen dat gezondheidsverschillen tussen inwoners afnemen. Een stad is immers zo vitaal als haar burgers zijn. Het verbeteren van de gezondheidssituatie van inwoners met een lage sociaal-economische status levert voor individu, stad en samenleving winst op.

Tabel 1: gezondheidsverschillen (cijfers 2006 RIVM)

<sup>9</sup> Minstens 3 keer per maand 5 glazen of meer drinken op een dag.

<sup>10</sup> Minstens 1 keer per week 6 glazen of meer drinken op een dag.

<sup>11</sup> Indicatoren van de sociaal – economische status: opleiding, beroep en inkomen.

| <b>Sociaal economische status</b> | <b>Laag</b> | <b>Hoog</b> | <b>Vershil</b> |
|-----------------------------------|-------------|-------------|----------------|
| <u>Vrouwen</u>                    |             |             | In jaren       |
| Levensverwachting in leeftijd     | 79,5        | 82,1        | -3             |
| Zonder beperkingen                | 64,7        | 73,3        | -9             |
| Goed ervaren gezondheid           | 54,2        | 68,2        | -14            |
| <u>Mannen</u>                     |             |             |                |
| Levensverwachting in leeftijd     | 73,1        | 78          | -5             |
| Zonder beperkingen                | 63,8        | 73,7        | -10            |
| Goed ervaren gezondheid           | 52,9        | 68,7        | -16            |

De resultaten uit de onderzoeken kunnen samengevat worden in een aantal aandachtspunten.

### Samenvatting aandachtspunten op het terrein van volksgezondheid in Meerssen

#### *Gezondheid*

- Inwoners met (extreem) overgewicht (met name bij volwassenen en ouderen)
- Inwoners met diabetes (met name volwassenen en ouderen)
- Inwoners met ernstige depressieve klachten (volwassenen en ouderen).

#### *Leefstijl - risico's*

- Alcoholgebruik: de toename tussen 13-14 jarigen en 15-16 jarigen, het alcoholgebruik bij volwassenen en ouderen
- Roken: de toename van het aantal rokers tussen 13-14 jarigen en 15-16 jarigen
- Het gebruik van drugs onder jongeren: de toename van het aantal gebruikers van harddrugs tussen 13-14 jarigen en 15-16 jarigen
- Het aantal inwoners dat niet voldoet aan de beweegnorm
- De onvoldoende inname van groente en fruit door jongeren.



## **1.5 Volksgezondheidsbeleid op dit moment**

De gemeente Meerssen is door middel van een aantal activiteiten en projecten bezig met het bevorderen van de gezondheid van haar inwoners. Het gaat hier met name om producten ingekocht bij de GGD Zuid - Limburg op het gebied van lokale gezondheidsbevordering.

### Epidemiologie

Aan de hand van de gezondheidsenquête onder jongeren worden gezondheidsproblemen geïnventariseerd en geanalyseerd per school. Met deze gegevens stellen scholen prioriteiten en nemen gezondheidsactiviteiten op in hun lesrooster.

### Gezond in Beweging

Zo is in september 2006 het programma "Gezond in beweging" (primaire preventie) als pilot gestart op een basisschool in onder andere Meerssen. In dit programma gaat het om zowel beweging als gezonde voeding.

### Gezonde voeding

Op een aantal basisscholen in Meerssen heeft het programma "Gezonde voeding" (primaire preventie) gedraaid.

### Fitkit

Het gaat hier om een uitgebreide fitheidstest. In Meerssen is men in 2006 hiermee begonnen in de brugklas van Stella Maris College Meerssen. De gegevens worden ook doorgegeven aan de jeugdverpleegkundige van de GGD Zuid - Limburg, die dit meenemen in het periodiek onderzoek van de leerling.

### Plezier in bewegen

Een andere activiteit is "Plezier in bewegen"(secundaire preventie) Dit is een lifestyle programma voor kinderen van 9 tot 12 jaar met overgewicht.

### Real Fit

Voor jongeren van 13 tot 18 jaar met overgewicht is er het programma "Real Fit". Zowel voor "Plezier in bewegen" (secundaire preventie) als "Real Fit" (secundaire preventie) wordt de daadwerkelijke uitvoering buiten Meerssen gedaan. Het is zaak na te gaan of deze uitvoering buiten de gemeente, van invloed is op de mate van deelname (bijvoorbeeld niet kunnen deelnemen door gebrek aan vervoer).

De komende jaren zullen de gezondheidsactiviteiten op scholen aansluiten bij de prioriteiten, die gesteld worden in deze nota.

### Buurt Onderwijs Sport Impuls

In de gemeente Meerssen is men op dit moment bezig met de voorbereiding van de uitvoering van het "Buurt Onderwijs Sport impuls" (BOS-impuls). Dit in samenwerking met de GGD Zuid - Limburg, de basisscholen, het voortgezet onderwijs, de sportscholen, Trajekt en de gemeente Meerssen. De BOS-impuls is een tijdelijke stimuleringsregeling van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met de BOS-impuls worden de achterstanden van jongeren van 4 tot 19 jaar aangepakt. In Meerssen zal dit leiden tot laagdrempelige programma's ter stimulering van een gezonde en actieve leefstijl. De GGD Zuid - Limburg zal een nulmeting uitvoeren om de effecten van de BOS - impuls na een aantal jaren te kunnen bepalen.

Verder is er voor alle leeftijdsgroepen het programma "Wandel- en fietsmaanden"(primaire preventie). Ook heeft de gemeente Meerssen Nordic Walking ingekocht bij de GGD Zuid - Limburg, maar door het ontbreken van informatie aan de inwoners door de gemeente, is dit programma niet uitgevoerd.

In Meerssen wordt jaarlijks in september de Mergelland Marathon georganiseerd. Deelnemers kunnen een keuze maken uit verschillende afstanden, waardoor dit hardloop

evenement toegankelijk is voor een brede groep. Een gezondheidscheck is een van de andere activiteiten van de Mergelland Marathon. Het is wellicht interessant om na te gaan wat de mogelijkheden zijn om een “gezonde leefstijl” op die dag te promoten. En om na te gaan of de doelgroep verbreed kan worden.

Er zijn in Meerssen dus een aantal activiteiten, die met name gaan over bevordering van beweging en gezonde voeding. Deze activiteiten moeten goed beoordeeld worden op de resultaten, waaronder het aantal deelnemers / aantal deelnemende scholen en gedragsverandering. Belangrijk is om te bekijken of de activiteiten te beoordelen zijn als effectieve interventies. Effectieve interventies zijn: activiteiten waar wetenschappelijk het effect van is bewezen<sup>12</sup>. Aan de hand van de resultaten moeten de activiteiten continue versterkt worden (onder andere goede samenhang zoeken tussen de activiteiten, leefstijl ouders / verzorgers meenemen, enz).

### **1.6 Er is meer...**

Eerder is aangegeven dat deze nota zich richt op een aantal gemeten indicatoren wat betreft de lichamelijke, geestelijke gezondheid en leefstijl - risico's en daarmee de afstemming op de vijf regionale prioriteiten. Gezondheidsbeleid is echter meer dan deze vijf regionale speerpunten. Op basis van de gebruikte onderzoeken, kunnen namelijk meer aandachtspunten genoemd worden, welke net zo goed te maken hebben met gezondheid. Het kan maar niet genoeg benadrukt worden : het belang van een integrale aanpak van gezondheid en het belang van gemeentelijk facetbeleid.

Het voorbeeld “pesten” geeft ook aan dat beleid voor de volksgezondheid niet los kan staan van bijvoorbeeld jeugdbeleid. Hieronder volgen een aantal voorbeelden van andere aandachtspunten uit het Jongerenonderzoek en uit de GeZondheidsEnquete.

#### *Wat valt nog op in het Jongerenonderzoek?*

Belangrijk is om te vermelden dat er op grond van de onderzoeken, gekeken moet worden naar andere indicatoren, bijvoorbeeld naar de leefstijl risico onveilig vrijen en gokken. Maar ook naar gemeten onderwerpen: probleemgedrag (bijvoorbeeld spijbelen, vechten) en veiligheid (bijvoorbeeld pesten of gepest worden). Hieronder twee voorbeelden om een indruk te geven van een andere zaken welke ook aandacht moeten blijven krijgen (gebaseerd op het jongerenonderzoek onder 2<sup>de</sup> en 4<sup>de</sup> klassers in het voortgezet onderwijs in Meerssen):

#### *Leefstijl risico's*

Onveilig vrijen:

- In het Jongerenonderzoek staat dat het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) de laatste jaren is toegenomen. Een aantal SOA kan bij geen behandeling ernstige gevolgen hebben zoals onvruchtbaarheid na een onbehandelde chlamydia besmetting. Ten opzichte van 2001 is het percentage leerlingen dat onveilig vrijt toegenomen. In Zuid Limburg is meer risicovol seksueel gedrag ten opzichte van de rest van Nederland. De toename van chlamydia infecties in Zuid Limburg is opvallend. Het percentage leerlingen dat onveilig vrijt neemt tussen het tweede en vierde klas toe. In klas 2 gaat het om 3 procent (oftewel 5 leerlingen van de 183. In klas 4 gaat het om 22 leerlingen van de 203

Gokken:

- Het aantal jongeren dat gokt in klas 2 is dit 6% oftewel zijn 10 van de 183 jongeren. In klas 4 is dit 8% oftewel 16 jongeren van de 203.

---

<sup>12</sup> Vereniging van Nederlandse Gemeenten (april 2007). Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang.

#### Pesten:

- het percentage pesten is in 2005 zowel in klas 2 als in klas 4 in het voortgezet onderwijs ten opzichte van 2001 toegenomen. Het percentage ligt in 2005 1% boven het Zuid-Limburgse gemiddelde, zowel van klas 2 als van klas 4. In vergelijking tussen klas 2 en klas 4: het percentage leerlingen uit klas 2 dat wekelijks gepest wordt, ligt in 2005 rond het Zuid-Limburgse gemiddelde. Het gaat om 7% oftewel 12 jongeren van de 183. Het percentage leerlingen uit klas 4 dat wekelijks gepest wordt, ligt in 2005 hoger dan het Zuid-Limburgse gemiddelde. Hier gaat het om 4% oftewel 8 jongeren van de 203. Het percentage leerlingen uit klas 2 dat pest, is in 2005 ten opzichte van 2001 toegenomen met 2%. Het percentage leerlingen uit klas 4 dat pest is, in 2005 ten opzichte van 2001 gelijk gebleven;
- 27% van leerlingen uit groep 2 geeft aan zich 'savonds en 'snachts wel eens onveilig te voelen (49 jongeren van de 183 jongeren), overdag 15% (27 van de 183 jongeren);
- 35% van de leerlingen uit groep 4 geeft aan zich 'savonds en 'snachts wel eens onveilig te voelen (71 van de 203 jongeren), overdag 18% (36 van 203 jongeren).

In klas 2 ervaart 9% zijn / haar kwaliteit van leven als matig tot slecht, oftewel 16 jongeren van de 183. In klas 4 ervaart 16% van de jongeren zijn / haar kwaliteit van leven als matig tot slecht oftewel 32 jongeren.

#### *Wat valt nog op in de Limburgse GezondheidsEnquete 2003?*

- Het aantal *sportongevallen* in Meerssen (2,4% ten opzichte van 1,7% in Limburg, vooral mannen van 20-39 jaar).
- De ervaren *geluidshinder* (27% van de inwoners heeft ernstige tot zeer ernstige hinder van de wegen + 8% van treinverkeer + 43% van vliegtuigen). De percentages inwoners met klachten over geluidshinder is hoger dan het gemiddelde percentage van de Zuid-Limburgse gemeenten of Limburgse gemeenten.
- De ervaren *geurhinder*: 20% van de inwoners heeft ernstige tot zeer ernstige hinder van de wegen en 27% van de vliegtuigen. Het percentage inwoners met klachten over geurhinder van de vliegtuigen is hoger dan het gemiddelde percentage van zowel de Zuid-Limburgse gemeenten als het gemiddelde percentage van de Limburgse gemeenten.
- De ervaren *stof-, rook, roethinder* (onderdelen van luchtkwaliteit): de hinder komt met name van wegverkeer en vliegtuigen. Het percentage inwoners met klachten over stof-, rook-, roethinder van vliegtuigen is hoger dan het gemiddelde percentage van zowel de Zuid-Limburgse gemeenten als het gemiddelde percentage van de Limburgse gemeenten.
- De ervaren *eenzaamheid* (9% van de inwoners van Meerssen geeft aan eenzaam tot zeer eenzaam te zijn).
- De ervaren gezondheid van mantelzorgers: er is in Meerssen (nog) geen onderzoek gedaan naar hoe mantelzorgers hun gezondheid ervaren. De aanname is echter, dat de hoeveelheid zorg verleend door mantelzorgers, aan het stijgen is. Mantelzorgers die langdurig en intensief voor iemand zorgen lopen gezondheidsrisico's, zowel op lichamelijk als op psychisch gebied. Extra aandacht dient er te zijn voor jonge mantelzorgers: zij zijn extra kwetsbaar omdat ze geconfronteerd worden met problemen en verwachtingen waar ze qua leeftijd vaak niet aan toe zijn.
- De behoefte aan *informatie over gezondheid* (92% heeft behoefte aan informatie) en de wijze van informeren (via folder, specialist, boekjes / tijdschriften).

Deze aandachtspunten hebben met name raakvlakken met andere beleidsterreinen als jeugdbeleid of milieu en vragen een goede, integrale aanpak. Hoewel deze aandachtspunten niet verder meegenomen worden in deze nota, zullen de aandachtspunten verder onderzocht worden op samenhang met (andere) gezondheidsproblemen, het huidige beleid en eventuele aanpak.

## **2 Aanpak lokaal volksgezondheidsbeleid 2007 - 2011**

Meerssen volgt de vijf genoemde prioriteiten, die genoemd staan in de landelijke preventienota "Kiezen voor gezond leven" en de regionale nota "Samen Gezond!" (roken, (extreem) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes en depressie). Meerssen zal tevens bewegen, voedingspatroon (groente en fruit) en drugsgebruik als prioriteiten meenemen. De reden hiervoor is dat bewegen en voedingspatroon horen bij de aanpak van (extreem) overgewicht. Bij drugsgebruik ligt het accent op preventie (voorkomen is beter dan genezen...). In dit hoofdstuk zal toegevoegd gaan worden aan de hierboven genoemde prioriteiten, de lokale prioriteit: preventie, signalering en aanpak van huiselijk geweld.

Bij de keuze voor maatregelen zal de gemeente Meerssen bewust kiezen voor een aanpak, die een structurele bijdrage levert aan de gezondheid van burgers. De aanpak zal gericht zijn op de volgende doelgroepen (kinderen, jongeren, mensen met een verhoogd gezondheidsrisico, volwassenen, beroepsbevolking en ouderen), op een integrale aanpak van volksgezondheidsbeleid en op samenwerking met organisaties in de gemeente. Hierbij zal er specifiek aandacht zijn voor de rol van de eerstelijnsgezondheidszorg in het lokaal volksgezondheidsbeleid. Tevens is van belang dat zorgverleners bij de aanpak van gezondheidsproblemen en leefstijl – risico's, het functioneren van het cliëntsysteem meenemen.

### **2.1 Lokale prioriteit preventie, signalering en aanpak van huiselijk geweld**

Huiselijk geweld wordt aangeduid als de meest voorkomende vorm van geweld in Nederland. Mensen hebben meer kans om gedood, fysiek aangevallen, geslagen, geschopt of getrapt te worden in hun eigen huis door leden van het eigen gezin, dan door wie dan ook of waar dan ook<sup>13</sup>. Het is belangrijk om een duidelijke begripsbepaling te hebben van huiselijk geweld. In deze nota wordt de definitie, zoals verwoord in het "Plan van Aanpak Huiselijk Geweld"<sup>14</sup> gebruikt en is als volgt:

*Huiselijk geweld kan bestaan uit fysiek geweld, seksueel geweld en psychisch geweld, zoals bedreiging en belaging. Het kan vormen aannemen van partnergeweld, kindermishandeling en geweld tegen ouderen. Plegers kunnen familieleden zijn – grootouders, ouders, kinderen, oom en tantes – of directe naasten zoals huisvrienden en (ex-) partners. Slachtoffers kunnen mannen, vrouwen, jongens en meisjes zijn.*

Om inzicht te krijgen in de mate van voorkomen van huiselijk geweld in de gemeente Meerssen, is gebruik gemaakt van de GeZondheidsEnquete 2003 en de pilotstudie in het kader van de Vrouwenveiligheidsindex (oktober 2004). Dit omdat bij bevolkingsonderzoek meer informatie (bijvoorbeeld gezinssituatie en sociaal economische status) naar voren komt over slachtoffers dan bij registraties. Toch moet een aantal kanttekeningen plaatst worden bij deze enquête:

- het gaat om mensen die slachtoffers zijn van huiselijk geweld zijn geweest in het jaar voorafgaand aan het onderzoek: dit is dus een meting over een relatief korte periode (denk hierbij aan mensen die slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld in hun jeugd);
- het onderzoek heeft plaatsgevonden bij Limburgers tussen de 20-75 jaar: daardoor hebben relatief veel ouderen deelgenomen. Het is bekend dat huiselijk geweld bij ouderen minder vaak voorkomt;
- het percentage zelfgerapporteerde slachtoffers is naar verwachting een onderschatting van het werkelijke aantal slachtoffers (doordat niet iedereen dit kenbaar wil maken en doordat er in het onderzoek gevraagd is naar slachtofferschap

<sup>13</sup> Bron: Kikken e.a: Huiselijk geweld en agressie in Limburg, oktober 2004, p.9.

<sup>14</sup> Ministerie van Justitie (2002). *Plan van aanpak huiselijk geweld*. Den Haag

van het jaar voorafgaand aan het onderzoek en mensen onder de 20 jaar niet hebben deelgenomen aan het onderzoek).

Verder dient opgemerkt te worden dat vergelijking met nationaal onderzoek niet mogelijk is doordat er geen standaard vraagstelling bestaat met betrekking tot huiselijk geweld.

Uit de GezondheidsEnquete 2003 blijkt dat 1,3% van het totaal aantal deelnemers in Limburg aangeeft zelf slachtoffer te zijn geworden van huiselijk geweld. In Meerssen is dat 2,1%. In totaal geeft 3% van de Limburgse bevolking in het onderzoek aan in de afgelopen 12 maanden zelf slachtoffer te zijn geworden, iemand in het gezin te hebben en / of iemand in de directe omgeving te hebben, die slachtoffer is geworden. In Meerssen is dat 3,7%.

Zoals eerder opgemerkt: het gaat hier waarschijnlijk om een onderschatting. Uit het onderzoek blijkt ook dat vrouwen (in elke onderzochte leeftijdscategorie van 20 tot 75 jaar) vaker het slachtoffer zijn van huiselijk geweld dan mannen. Naar verhouding worden veel mensen uit de jongere leeftijdscategorie slachtoffer. Ook blijkt uit het onderzoek dat naarmate mensen ouder worden, het risico op slachtofferschap afneemt. Etniciteit (Surinaamse, Antiliaanse, Arubaanse afkomst), laagopgeleiden, werklozen, arbeidsongeschikten, mensen met een bijstandsuitkering en met name alleenstaande moeders met thuiswonende kinderen lopen meer risico op huiselijk geweld.

Vaak wordt verondersteld dat huiselijk geweld een probleem is van de grote steden. Het komt inderdaad meer voor in de grote steden dan in kleine dorpen, maar het verschil is erg klein.

We gaan er in deze nota vanuit dat huiselijk geweld van grote invloed moet zijn op de kwaliteit van leven en gezondheid. Daarom is ervoor gekozen, om het als een lokale prioriteit mee te nemen. Preventie, signalering en aanpak van huiselijk geweld moeten daarom belangrijke speerpunten zijn in het gezondheidsbeleid van Meerssen.

Er zijn verschillende organisaties betrokken bij deze speerpunten. Het is echter onvoldoende inzichtelijk welke structuur er in Meerssen is voor de preventie, signalering en interventie van huiselijk geweld. Verschillende organisaties als bureau Jeugdzorg, huisartsen, GGD Zuid - Limburg en GroenekruisDomicura registreren huiselijk geweld bij (onder andere) kinderen. De registraties zijn niet met elkaar te vergelijken, waardoor er geen duidelijk beeld is van het daadwerkelijke aantal slachtoffers van huiselijk geweld. Meerssen wil de contacten met de lokale instellingen, die zich bezig houden met huiselijk geweld, verstevigen. Er is in de gemeente Meerssen gestart met een oriëntatie op de huidige structuur van preventie en aanpak van huiselijk geweld bij kinderen tot 18 jaar, onder ander op: het functioneren van de meldpunten, hoeveel organisaties zijn gemiddeld betrokken bij huiselijk geweld, welke soorten overlegstructuren zijn er, wie nemen daaraan deel, hoe zijn de verantwoordelijkheden geregeld, wordt er geredeneerd vanuit de client of meer vanuit de mogelijkheden van de organisatie / resultaten welke de organisatie moet halen, is er (teveel) overlap of te weinig, wat levert het op voor de slachtoffers. Zodra de oriëntatie is afgerond, zal er gekeken gaan worden of het huidige beleid rondom huiselijk geweld voldoet of dat aanpassingen nodig zijn, met als doel afname van het aantal slachtoffers van huiselijk geweld.

## **2.2 Bereik doelgroepen**

Er wordt niet voor gekozen om generieke maatregelen te nemen en campagnes te voeren voor de hele bevolking. De interventies zullen telkens gericht zijn op een bepaalde doelgroep. Het gaat in deze nota dan om de volgende doelgroepen: kinderen, jongeren, mensen met een verhoogd gezondheidsrisico, volwassenen, mantelzorgers, beroepsbevolking en ouderen. Groepen die goed bereikbaar zijn via een bepaalde vindplaats en waar door specifieke maatregelen gezondheidswinst mogelijk is.

De doelgroep jeugd zal worden bereikt via scholen en verenigingen. Voor mensen met een lage sociaal-economische status zal de insteek zijn via organisaties op wijkniveau en via de eerstelijnsgezondheidszorg. Bedrijven binnen Meerssen zullen gericht benaderd worden

voor gezondheidsbevorderende maatregelen voor hun personeel. De doelgroep ouderen zal via het ouderenadvieswerk, de eerstelijnsgezondheidszorg en de zorginstellingen worden benaderd.

In het gezondheidsbeleid dient aandacht te zijn voor de diversiteit van de inwoners van de gemeente Meerssen, zodat elk individu zich kan ontplooiën en ontwikkelen, ongeacht sekse, huidskleur, mate van gezondheid etc. Door specifiek aandacht te hebben voor groepen met een gezondheidsachterstand krijgt het diversiteitbeleid vorm. Wat betreft Meerssen zijn hierover nog onvoldoende gegevens. Deze zullen door de gemeente eerst verzameld moeten worden.

### **2.3 Volksgezondheid: een gezamenlijke verantwoordelijkheid**

Meer dan ooit wordt duidelijk dat de gezondheidssituatie van een individu niet alleen wordt bepaald door het individu zelf, maar dat ook de sociale en fysieke omgeving van het individu grote invloed heeft op de gezondheid. Een aanpak van de prioriteiten vanuit enkel de sector volksgezondheid zal dan ook niet het gewenste effect opleveren; ook andere factoren, buiten de directe invloedssfeer van de sector, hebben invloed op de gezondheid van burgers. Daarnaast is het belangrijk om op lokaal niveau meer steun en draagvlak te creëren voor volksgezondheidsbeleid<sup>15</sup>. Een goede gezondheid is zowel voor het individu als voor de samenleving van groot belang. Daarmee hebben we met z'n allen, burger, overheid, bedrijven en instellingen een gezamenlijke verantwoordelijkheid wat betreft gezondheid. De gemeente kan de aandacht en het draagvlak voor gezondheid vergroten door op alle beleidsterreinen, waar de gemeente verantwoordelijk voor is, aandacht te besteden aan gezondheid en de effecten van het beleid op gezondheid. Ook kan het draagvlak worden vergroot door burgers, bedrijven en instellingen meer te betrekken bij het volksgezondheidsbeleid en de uitvoering daarvan.

Voorgesteld wordt om deze gezamenlijke verantwoordelijkheid op te pakken. Deze verantwoordelijkheid zal vorm krijgen op twee fronten:

- Gezondheidsbeleid onderdeel maken van alle beleidsterreinen van de gemeente.
- Samen met burgers en partners in het veld het volksgezondheidsbeleid vorm geven en uitvoeren.

In de regionale nota "Samen Gezond!" is het eerste punt al aan de orde gekomen onder de noemer van Integraal gezondheidsbeleid (gezondheid vanuit meerdere beleidsterreinen tegelijk benaderen). Meerssen kiest ervoor om dit breder op te pakken en ook te kijken naar samenwerking met en de toegevoegde waarde van burgers en partners in het veld wat betreft volksgezondheidsbeleid. Daarom spreken we niet alleen van integraal gezondheidsbeleid, maar van een gezamenlijke verantwoordelijkheid, wat betreft een goede gezondheid.

Op 4 april jl hebben de portefeuillehouders Volksgezondheid van Zuid-Limburg zich gezamenlijk uitgesproken om samen met GGD Zuid - Limburg en het NIGZ<sup>16</sup> op regionaal niveau te starten met een aanpak om op andere beleidsterreinen van de gemeenten meer aandacht te krijgen voor gezondheid (integraal gezondheidsbeleid). De gemeente Meerssen zal in 2007 beginnen met de uitwerking van deze aanpak. Daarbij zal de aandacht allereerst uitgaan naar maatregelen voor het tegengaan van (extreem) overgewicht bij jeugd.

Bij de gemeente Meerssen zal gewerkt gaan worden aan de nieuwe Horecawet, waarbij aandacht is voor volksgezondheid.

---

<sup>15</sup> Kooiker S., K. van der Velden (april 2007). Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering.

<sup>16</sup> NIGZ: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

## Samenwerking

Een gezonde samenleving en bevolking is voor iedereen van belang en daarmee een verantwoordelijkheid voor iedereen. Daarom vindt Meerssen het belangrijk dat ook burgers en diverse partners in de stad een rol spelen in en een bijdrage leveren aan het lokaal volksgezondheidsbeleid. Daarbij wordt niet alleen gedacht aan partners in het werkveld gezondheid, zoals GGD Zuid - Limburg, Jeugdgezondheidszorg, Vrouwengezondheidscentrum, eerstelijnsgezondheidszorg, maar ook aan buurtraden, scholen, kinderopvang, peuterspeelzalen, welzijnsinstellingen, (sport) verenigingen, zorginstellingen, woningbouwcorporaties en bedrijven.

Door middel van samenwerking kan er eenheid en samenhang worden gecreëerd in de verschillende preventieve maatregelen die worden genomen zodat de burger op verschillende momenten en plekken geconfronteerd wordt met het belang van een goede gezondheid.

In het jaarprogramma 2008 zal de gezamenlijke verantwoordelijkheid nader worden uitgewerkt, naar hoe te komen tot concrete vertaling van gezondheid in andere beleidsterreinen en hoe te komen tot meer draagvlak in de samenleving, waarbij burgers en partners in het veld wordt gevraagd actief mee te denken.

### **2.4 Versterking samenwerking eerstelijnsgezondheidszorg<sup>17</sup> / relatie wmo**

Een van de gebieden waarop samenwerking kan leiden tot onder andere een beter gezondheidsbeleid in de gemeente Meerssen, is de eerstelijnsgezondheidszorg. Wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg heeft de gemeente geen wettelijke verplichtingen, maar de gemeente heeft wel belang bij een goede spreiding en bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg. In Meerssen zijn er op dit moment geen grote knelpunten wat betreft het aantal huisartsen, tandartsen, etc.

De gemeente Meerssen ziet een belangrijke rol voor de eerstelijnsgezondheidszorg weggelegd op het terrein van preventie en gezondheidsbevordering, maar ook op terrein van signaleren van sociale problematiek en zorgbehoefte / afstemming en zorgverbetering / innovatie. In 2008 zal daarom door de Gemeente Meerssen een bijeenkomst georganiseerd worden, waarbij met de eerstelijnsgezondheidszorg (oa huisartsen) en met organisaties die kennis hebben van zorg, wonen en welzijn, bijvoorbeeld het Steunpunt Mantelzorg, de Gehandicapten Organisatie Meerssen en vrijwilligersorganisaties, gediscussieerd wordt over de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Door de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning is de Gemeente Meerssen verantwoordelijk voor een samenhangend beleid op het gebied van maatschappelijke participatie, zorg en welzijn. Het bevorderen van de maatschappelijke participatie heeft direct raakvlakken met volksgezondheidsbeleid. Preventieve maatregelen om de gezondheid van de burger te verbeteren dragen bij aan de maatschappelijke participatie. Daarnaast zorgt een gezonde levensstijl voor lagere zorgkosten. Een tweede belangrijk onderdeel van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning is het beheersbaar houden van de zorgkosten door op lokaal niveau te zorgen voor een goede afstemming van collectieve en individuele zorgvoorzieningen aan huis en in de buurt.

De unieke situatie van de regio Zuid-Limburg, snelle vergrijzing van de bevolking, biedt de mogelijkheid om extra aandacht te geven aan de problemen en mogelijkheden van een vergrijzende bevolking. Samen met de eerstelijnsgezondheidszorg en de instelling voor welzijnswerk, zal de Gemeente Meerssen de komende jaren inzetten op zorginnovatie. Innovatie op het gebied van voorzieningen en maatregelen voor preventie, zorg, zelfstandig wonen en welzijn.

---

<sup>17</sup> Eerstelijnsgezondheidszorg: de generalistische, nabije en direct toegankelijke zorg, die geboden wordt door huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers, maatschappelijk werker, eerstelijns psychologen, thuiszorg en anderen ( definitie VNG).

## 2.5 Aanpak volksgezondheidsbeleid 2007 – 2011

Met de voorgaande paragrafen is inzicht gekregen in de (ontwikkeling van de) gezondheidssituatie van de bevolking van Meerssen, waaronder de gezondheidstoestand van kinderen en jongeren. Dit inzicht leidt tot keuzes van prioriteiten in de lokale aanpak van volksgezondheid en preventie.

### 1. Gemeentelijk facetbeleid en integraal beleid

- Verbeteren gemeentelijk facetbeleid: De beleidssectoren buiten de gezondheidszorg spelen een belangrijke rol bij de beïnvloeding van veel gezondheidsdeterminanten (gedrag/leefstijl, fysieke omgeving, sociale omgeving, gezondheidszorg<sup>18</sup>)
- Verbeteren integraal beleid: gezamenlijke verantwoordelijkheid en versterking van de samenwerking met andere organisaties en disciplines.

Met gemeentelijk facetbeleid en integraal beleid samenhangend:

- Afstemming tussen monitoringscyclus en beleidscyclus
- Duidelijk onderscheid maken tussen het doel en (effectieve) interventies<sup>19</sup> (effectieve interventies zijn activiteiten waar wetenschappelijk het effect van is bewezen)
- Samenhang tussen interventies (meer) inzichtelijk maken en de effecten van de samenhang
- Samenhang tussen gezondheid en leefstijl - risico's inzichtelijk maken en de effecten van de samenhang
- Het versterken van en verbeteren van een structurele en samenhangende aanpak door middel van aandacht voor gezondheid op andere beleidsterreinen en meer samenwerking met burgers en partners in het veld (gezamenlijke verantwoordelijkheid)
- Het versterken van de samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg, waarbij specifiek aandacht is voor het verknopen van preventie en zorg
- Verbetering van de onderzoeken: onder andere leeftijdscategorieën toevoegen, meer informatie over de gezondheidstoestand van risicogroepen, gegevens moeten leverbaar zijn op gemeenteniveau en het naast elkaar gebruiken van kwantitatieve gegevens en kwalitatieve gegevens
- Cliëntstelsel meenemen bij de aanpak van individuele gezondheidsproblemen en leefstijl – risico's.

### 2. Het waarborgen van de continuïteit in het volksgezondheidsbeleid:

- Continueren van interventies

### 3. Afstemming interventie op de doelgroep:

- Interventie telkens afstemmen op de doelgroep(en): kinderen, jongeren, mensen met een (bepaald) verhoogd gezondheidsrisico, volwassenen, mantelzorgers, beroepsbevolking en ouderen (rekening houdend met lange termijn effect)

### 4. Het verkleinen van gezondheidsverschillen door specifiek aandacht te hebben voor mensen met een lage sociaal – economische status:

- Gezondheidsverschillen tussen inwoners gerelateerd aan Sociaal Economische Status (SES)<sup>20</sup> nadrukkelijk mee te nemen in het gezondheidsbeleid

<sup>18</sup> Stuurgroep Nationaal Contract OGZ (maart 2003). Gezondheidswinst door gemeentelijk facetbeleid.

<sup>19</sup> Vereniging van Nederlandse Gemeenten (april 2007). Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang.

<sup>20</sup> Indicatoren van de Sociaal Economische Status : opleiding, beroep en inkomen



5. De landelijke prioriteiten voor de periode 2007 – 2011 over te nemen (overgewicht, diabetes, depressieve klachten, schadelijk alcoholgebruik en roken<sup>21</sup>). Tevens zal de gemeente Meerssen bewegen, voedingspatroon (groente en fruit inname) en drugsgebruik meenemen. Bewegen en een goed voedingspatroon zijn onmisbaar bij de aanpak van (extreem) overgewicht. Bij de aanpak van de prioriteiten gaat het om preventie. Preventie heeft de volgende doelen:
- Ervoor te zorgen dat de inwoners van Meerssen gezond blijven door gezondheid te bevorderen en door de gezondheid te beschermen
  - Het voorkómen van ziekten en aandoeningen bij de inwoners van Meerssen
  - Ziekten en aandoeningen bij de inwoners van Meerssen in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen.

Er zal sprake zijn van het toepassen van met name primaire preventie en secundaire preventie. Tertiaire preventie valt vaak onder zorg.

- Primaire preventie: zijn die activiteiten die voorkómen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat.
- Secundaire preventie: ziekten of afwijkingen worden in een zo vroeg mogelijk stadium opgespoord (doelgroep: zieke mensen, verhoogd risico of een bepaald genetische aanleg)
- Tertiaire preventie: worden complicaties en ziekteverergering voorkomen.

De preventie kan naast ziekte en aandoening, ook gericht zijn op factoren die een risico zijn voor de gezondheid of factoren die de gezondheid kunnen bevorderen. In deze nota gebruiken we het begrip leefstijl – risico's (factoren die een risico zijn voor de gezondheid). Het gaat dan bij de preventie om het voorkómen van leefstijl – risico's en op het vroegtijdig opsporen van aanwezige leefstijl – risico's. Bij de aanpak wordt gekozen voor (effectieve) interventies. De toe te passen interventies kunnen gericht zijn op de alle inwoners, op doelgroepen of op individuen. Bij leefstijl – risico's gaat het veelal om voorlichting.

#### *5a Gezondheid*

- Voor de prioriteit (extreem) overgewicht te streven naar een daling van het aantal kinderen en jongeren (0-19 jaar) met overgewicht en een stabilisatie van het aantal volwassenen (19 jaar en ouder) met overgewicht, door middel van primaire en secundaire interventie.
- Voor de prioriteit diabetes te streven naar een daling van het aantal inwoners met diabetes (met name volwassenen en ouderen), door middel van primaire en secundaire interventie.
- Voor de prioriteit depressie te streven naar een groter bereik van en gebruik van preventieve hulp door mensen met depressieve klachten.

#### *5b Leefstijl - risico's*

- Voor de prioriteit schadelijk alcoholgebruik streven naar een daling van het aantal jongeren onder de 16 jaar en een daling van het aantal volwassene en oudere probleemdrinkers, door middel van primaire en secundaire interventie.
- Voor de prioriteit roken te streven naar een daling van het aantal rokers en de blootstelling aan tabaksrook in de omgeving daalt, door middel van primaire en secundaire interventie.
- Voor de prioriteit drugs te streven naar een daling van het aantal jongeren dat drugs gebruikt, door middel van primaire en secundaire interventie. Tevens het accent te leggen op preventie: activiteiten voor zowel kinderen van de basisschool (groep 8) als voor jongeren in het voortgezet onderwijs

---

<sup>21</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (oktober 2006). Kiezen voor Gezond Leven 2007 – 2010.

- Voor de prioriteit bewegen te streven naar daling van het aantal kinderen, jongeren en volwassenen, dat niet voldoet aan de beweegnorm, door middel van primaire en secundaire interventie.
  - Voor de prioriteit voedingspatroon te streven naar een daling van het aantal kinderen en jongeren dat onvoldoende (dagelijks) groente en fruit eet, door middel van primaire en secundaire interventie. Tevens het accent op preventieve activiteiten voor kinderen van de basisschool en voor jongeren in het voortgezet onderwijs, onder andere voorlichting aan ouders geven.
6. De lokale prioriteit preventie, signalering en aanpak van huiselijk geweld:
- Inzicht in het aantal slachtoffers (kinderen en jongeren) van huiselijk geweld in Meerssen (dit betekent dat 'slachtoffers van huiselijk geweld' gedefinieerd moet worden)
  - Inzichtelijk maken van de wijze van preventie, signalering en aanpak van huiselijk geweld in Meerssen
  - verstevigen contacten met de (lokale) instellingen (onder andere GroenekruisDomicura, en de Woningstichting) en met de huisartsen
  - evaluatie van het huidige beleid rondom huiselijk geweld en eventueel aanpassingen doorvoeren in dit beleid.
7. Op basis van de gebruikte onderzoeken voor deze nota, zijn meer aandachtspunten te noemen voor volksgezondheid. Een aantal hiervan zullen door de gemeente verder onderzocht worden op samenhang met (andere) gezondheidsproblemen, het huidige beleid en eventuele verdere aanpak:
- Pesten bij jongeren
  - Veiligheidsgevoel bij jongeren
  - Onveilig vrijen door jongeren
  - Gokken
  - Sportongevallen
  - Geluidshinder van met name vliegtuigen
  - Geurhinder van met name vliegtuigen
  - Stof-, rook-, en roethinder (luchtkwaliteit)
  - Eenzaamheid
  - (Ervaren) gezondheid van mantelzorgers
  - De mate van en wijze waarop informatie te geven over gezondheid en leefstijl - risico's.

### 3 Jeugdgezondheidszorg Maastricht - Mergelland

De commissie - Van Eijck heeft in haar sturingsadvies aan het nieuwe kabinet aangegeven dat de behoeften van het kind centraal moeten komen te staan in het jeugdbeleid. Dit betekent dat de uitvoering moet aansluiten op de leefwereld van het kind met inachtneming van die van de ouder. Het beleid moet vooral gericht zijn op preventie en indien nodig vroegtijdig interveniëren. Het nieuwe kabinet Balkenende IV geeft door het aanstellen van een minister voor Jeugd en Gezin direct gehoor aan de behoefte meer specifieke aandacht te geven aan integraal jeugdbeleid. In het regeerakkoord wordt ook specifiek aandacht gegeven aan de organisatorische inbedding van jeugdbeleid, door het vereenvoudigen van de organisatie van de jeugdzorg en door het snel oppakken van het vormen van Centra voor Jeugd en Gezin, waarin zoveel mogelijk medische, sociale en educatieve ondersteuning gebundeld zal worden voor ouders en kinderen.

Onderdeel van het integraal jeugdbeleid is de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (JGZ). De Jeugdgezondheidszorg is een voorliggende preventieve voorziening in de keten voor jeugd. Het is gericht op het bevorderen, beschermen en het bewaken van de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van alle jeugdigen. Het doel van de Jeugdgezondheidszorg is verschillen in gezondheid te verkleinen en iedereen gelijke kansen op gezondheid te bieden. Het beoogde effect van de Jeugdgezondheidszorg is een zo gezond mogelijke jeugd door al vanaf het begin, nog voor de geboorte, de gezondheid en ontwikkeling van het kind voorop te stellen. Sinds 2003 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het realiseren van een integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar<sup>22</sup>. Voorheen was de gemeente alleen verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2006 een evaluatie uitgevoerd met betrekking tot de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. De uitkomsten en het standpunt van de Minister zijn op dit moment nog niet bekend. Verwacht wordt dat deze in de tweede helft van 2007 worden gepresenteerd.

Het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (verankerd in de WCPV) bestaat uit een uniform deel en een maatwerk deel. Het uniforme deel van het basispakket bestaat uit producten, die gevraagd en ongevraagd op gestandaardiseerde wijze aan alle kinderen van een bepaalde leeftijd moeten worden aangeboden. Het maatwerkdeel van het pakket moet ook worden aangeboden, maar gemeenten zijn vrij in de afstemming van de hoeveelheid van deze zorg op de lokale zorgbehoefte.

Het beleid ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg wordt in de regio Maastricht – Mergelland gezamenlijk opgepakt. Vandaar ook dat dit hoofdstuk in alle lokale nota's van de betreffende gemeenten Maastricht, Eijsden, Margraten, Meerssen, Valkenburg aan de Geul, Gulpen-Wittem en Vaals wordt opgenomen. De inhoud van dit hoofdstuk sluit aan bij de opdrachten, die in de regio zijn vastgesteld op het gebied van jeugdbeleid.

De afgelopen periode 2003-2007 is de gemeente Maastricht door de regiogemeenten aangewezen als centrumgemeente en was daarmee verantwoordelijk voor de coördinatie en afstemming met de uitvoeringsinstellingen. In de regio Maastricht-Mergelland wordt de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar uitgevoerd door twee organisaties, te weten GroenekruisDomicura voor 0-4 jaar en GGD Zuid - Limburg voor 4-19 jaar.

In paragraaf 3.1 zullen eerst de beleidslijnen van de afgelopen periode 2005-2007 kort worden geëvalueerd, alvorens in paragraaf 3.2 de beleidslijnen voor de komende periode worden beschreven.

---

<sup>22</sup> Integrale jeugdgezondheidszorg: de jeugdgezondheidszorg heeft veel raakvlakken met het gemeentelijk jeugdbeleid en met de (provinciale) jeugdhulpverlening binnen de bureaus Jeugdzorg. De jeugdgezondheidszorg is een onderdeel van het integraal jeugdbeleid. Goede afstemming en samenwerking is belangrijk. Een hulpmiddel hierbij is onder andere het integrale Elektronisch Kind Dossier.

### 3.1 Evaluatie beleidslijnen integraal JGZ 2005-2007

- Meer en gericht aandacht en zorg voor risicokinderen  
Zoveel mogelijk decentraal en vanuit de wijk / kern zorg aanbieden

In het kader van vroegsignalering en risicozorg heeft er binnen de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar van GroenekruisDomicura in 2006 een wijziging plaatsgevonden in de manier van werken. In het verleden werd op basis van de wensen van ouders / verzorgers vaak tegemoet gekomen aan de vraag een ander consultatiebureau te bezoeken dan het consultatiebureau dat in hun wijk lag: vanaf medio 2006 wordt er wijkgericht gewerkt. Door op deze manier ouders te binden aan hun eigen wijk heeft de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar meer inzicht gekregen in:

- Aantal kinderen dat wel / niet bereikt wordt
- Aanbod van zorg van ketenpartners
- Samenwerkingsmogelijkheden met ketenpartners
- Wijkgerelateerde kengetallen, waardoor efficiënter inzet van personeel en middelen mogelijk is (denk aan extra formatie en specifieke projecten in risicowijken, input datasets voor gezondheidsprofielen)
- Kindgerelateerde kengetallen, die het profiel van de wijk inzichtelijk maken, te denken valt hierbij aan de vaccinatiegraad en het bereik.

Omdat de registratie plaatsvindt in papieren, individuele dossiers van kinderen, zijn gegevens nog niet voldoende beschikbaar. Deze gegevens kunnen op verzoek worden gegenereerd. Met de invoering van het elektronisch kinddossier zal deze informatie beter toegankelijk kunnen worden. De jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar werkt al decentraal door de periodieke gezondheidsonderzoeken op scholen te laten plaatsvinden.

De decentrale manier van werken bij de 0-4 jaar sluit aan bij de in Maastricht net opgestarte wijkopvoedpunten. Deze vijf wijkopvoedpunten zijn gerealiseerd door middel van extra rijksmiddelen. De Mergelland-gemeenten hebben tot op dit moment geen specifieke voorziening voor opvoed- en opgroeiondersteuning, maar daar wordt tussen ketenpartners samengewerkt. In sommige gemeenten is er bijvoorbeeld structureel overleg tussen jeugdgezondheidszorg, algemeen maatschappelijk werk, kinderopvang en peuterspeelzalen<sup>23</sup>.

Vanuit het maatwerk neemt de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar deel aan zorgteams die nagenoeg op alle scholen in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs in Maastricht – Mergelland zijn ingesteld. Vanuit de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar wordt er deelgenomen aan zorgteams met peuterspeelzalen en kinderopvang als deze bestaan. Vaker wordt de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar gevraagd aan te schuiven bij het bespreken van een specifieke casus<sup>24</sup>.

Daarnaast krijgen gemeenten sinds 2006 extra middelen van het rijk voor opvoedingsondersteuning. Deze middelen worden ingezet voor preventieve programma's voor 0-4 jaar. In Maastricht ligt het accent op het aanbod voor kwetsbare jonge moeders en nieuwe allochtone moeders. In het Mergelland ligt het accent op het aanbod van gezinsgerichte programma's, aangeboden vanuit Stichting Trajekt, zoals Samenspelen en Homestart.

- Gegevens vanuit GBA

<sup>23</sup> De gemeente Meerssen wil deze overlegstructuur / structuren inzichtelijk maken, tevens de resultaten van de overleggen.

<sup>24</sup> De gemeente Meerssen wil deze overlegstructuur / structuren inzichtelijk maken, tevens de resultaten van de overleggen.

Vooraf GroenekruisDomicura ondervond hinder van het moeilijk verkrijgen van de persoonsgegevens van 0 tot 4 jarigen uit de Gemeentelijke Basisadministratie. Landelijk zijn hierover afspraken gemaakt. GroenekruisDomicura kan nu via de Gemeentelijke Basisadministratie-webservice van de GGD de persoonsgegevens van kinderen van 0 tot 4 jaar ontvangen.

- Uitvoering uniforme deel / contactmomenten

Door de invoering van het Basistakenpakket (BTP) voor 0 tot 19 jarigen in 2003 wordt het uniforme pakket aan alle kinderen aangeboden, waardoor ieder kind dezelfde basiszorg ontvangt. Door het project SamenStarten, gestart bij de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, heeft op een aantal contactmomenten een uitbreiding in tijd plaatsgevonden en heeft het “acht weken – contact” een andere invulling gekregen. Ook de invulling van het 18 maanden - contact is op verzoek van de gemeente Maastricht aangepast. Er is nu een keuze voor telefonisch contact, een consult of een huisbezoek. Vanaf 2007 zal via de pas ingevoerde registratie duidelijk worden wat de impact hiervan is.

De nieuwe werkmethode SamenStarten heeft tot gevolg dat er in een bredere psychosociale context wordt gewerkt, waardoor er beter wordt gesignaleerd en er meer tijd nodig is voor de juiste verwijzing en motivatie tot verwijzing. De verwijzingen, die momenteel worden geregistreerd, hebben betrekking op voeding, ontwikkeling, logopedie en medisch specialisme.

Door de nieuwe werkmethode komen andere aandachtspunten naar voren. Zo zal er meer aandacht moeten komen voor de soort verwijzing, de terugkoppeling en de resultaten van de verwijzing. Daarnaast vraagt de nieuwe methode ook extra tijd voor multi-problematische situaties, de bereikbaarheid van ketenpartners en de mogelijkheid tot afstemmen en coördineren. Dit alles heeft effect op de uitvoering van de primaire zorg. De werkmethode SamenStarten zal de komende periode ook worden ingevoerd bij 4 –19 jaar.

- Uitvoering maatwerk gedeelte

Sinds 2006 is er extra tijd begroot voor risicoconsulten en huisbezoeken voor 0-4 jaar. Uit gegevens<sup>25</sup> (bijlage 1) blijkt dat het aantal huisbezoeken sterk is afgenomen, maar het aantal risicoconsulten sterk is toegenomen. Waarschijnlijk komt dit door de nieuwe werkmethode SamenStarten, waardoor kinderen en ouders eerder een extra consult wordt aangeboden. Daarnaast is de samenwerking met kinderdagverblijven en peuterspeelzalen verder versterkt. Onder andere door extra middelen vanuit de gemeente Maastricht kan de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar sinds 2005 eens in de zes weken ook alle peuterspeelzalen en kinderopvangorganisaties onder andere in Meerssen, bezoeken. Leidsters in kinderdagverblijven en peuterspeelzalen hebben de mogelijkheid kinderen te observeren en vormen daardoor een vindplaats voor vroegsignalering. Door de intensievere samenwerking tussen verpleegkundigen jeugdgezondheidszorg en leidsters kunnen de signalen van de leidsters samen met de kennis en de gegevens uit het dossier jeugdgezondheidszorg van het kind een compleet beeld van het kind geven en daardoor leiden tot een efficiëntere aanpak in samenwerking, afstemming en/of verwijzing.

De jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar participeert in projecten met betrekking tot zorgstructuren met ketenpartners voor afstemming en samenwerking bij risicokinderen en vroegsignalering en in het project kwetsbare jonge moeders. Een belangrijk aandachtspunt in het maatwerk is de groepsvoorlichting gerelateerd aan risicogroepen voor preventie van opvoed- en opgroei problemen en spraak -/ taalproblematiek.

Voor de 4-19 jarigen bestaat het maatwerk gedeelte vooral uit de inbreng van de jeugdgezondheidszorg in de zorgteams op scholen.

- Screening op spraak- en taalstoornissen

---

<sup>25</sup> Bron: Kengetallen jeugdgezondheidszorg, GroenekruisDomicura.

Sinds 2005 is de screening op spraak- en taalstoornissen opgenomen in de integrale dossiers jeugdgezondheidszorg en wordt uitgevoerd door de schoolarts bij kinderen van vijf jaar. Het gaat om een grofmazige screening op mogelijke afwijkingen. Het gaat niet om logopedische zorg. Daarnaast vindt op verzoek van de zorgteams op basisscholen een uitgebreide logopedische screening plaats als men dit gewenst vindt.

Verder hebben de consultatiebureaus (0-4 jaar) de afgelopen twee jaar samen met de peuterspeelzalen en de kinderdagverblijven gewerkt aan vroegsignalering van spraak- en taalproblemen. De belangrijkste doelstelling is het tijdig opsporen en diagnosticeren van (dreigende) spraak- taalontwikkelingsproblemen en gerichte voorlichting en ondersteuning aan ouders en kinderen bij de aanpak van dreigende spraak- en taalachterstanden. Voor deze zorg voor ouder en kind wordt gebruik gemaakt van het zorgaanbod van de logopedie bij de GGD Zuid-Limburg.

De logopedische consulten voor 0-4 jaar, die wordt ingekocht bij de GGD Zuid-Limburg, zijn momenteel gekoppeld aan de peuterspeelzalen en kinderdagverblijven en aan maatwerk en worden extra gefinancierd vanuit de samenwerking met kinderdagverblijven. Door landelijke ontwikkelingen zou het kunnen zijn dat de logopedische screening opgenomen wordt als een vast onderdeel van het Basistakenpakket voor 0 tot 4 jarigen.

- Invoering elektronisch dossier Jeugdgezondheidszorg

De stichting EKD.nl is landelijk opgericht om het elektronisch kinddossier zo snel mogelijk in te voeren en te beheren. De implementatie van het elektronisch kinddossier is uitgesteld tot 1 januari 2008. Het regeerakkoord vermeldt dat het elektronisch kinddossier uiterlijk in 2009 wordt ingevoerd. In 2005 en 2006 is er op regionaal niveau uitgebreid aandacht geweest voor de invoering van een elektronisch kinddossier door de drie thuiszorgorganisaties en de GGD Zuid - Limburg. De implementatie zal gezamenlijk worden opgepakt op het moment dat er meer duidelijkheid is.

- Harmonisatie Kwaliteitswet Zorginstellingen<sup>26</sup> (HKZ) - certificering

De jeugdgezondheidszorg van het GroenekruisDomincura is al drie jaar gecertificeerd. In oktober 2006 heeft een hercertificering plaatsgevonden en is het onderdeel jeugdgezondheidszorg opnieuw gecertificeerd.

De HKZ - certificering is tevens één van de indicatoren die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft ontwikkeld voor het toezicht op de openbare gezondheidszorg.

Voor de JGZ 0-4 jaar zijn naast de HKZ ook de volgende indicatoren van belang:

- Screening en verwijzing amblyopie (lui oog) bij 0-4 jarigen
- Bereik JGZ (bij 1 jaar en 3 jaar)
- Overgewicht jeugd (3 jarigen met overgewicht)
- Kindermishandeling jeugd (0-4 jarigen, waarbij JGZ contacten heeft met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling)

Alle indicatoren, behalve screening en verwijzing amblyopie<sup>27</sup>, worden geregistreerd en genereren de benodigde informatie.

De JGZ 4-19, uitgevoerd door de GGD Zuid - Limburg, is op dit moment bezig met een traject om te komen tot HKZ - certificering.

- Integrale jeugdgezondheidszorg en de organisatorisch inbedding

In de periode 2003-2005 is er door middel van werkgroepen specifiek aandacht geweest voor het opzetten van een integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Dit traject is eind 2005 afgesloten. Door de fusie van de drie GGD-en en het GHOR tot GGD Zuid -

---

<sup>26</sup> Harmonisatie Kwaliteitswet Zorginstellingen is afgekort HKZ.

<sup>27</sup> Amblyopie = zwakzichtigheid van een van de twee ogen ('lui oog').

Limburg zijn er geen nieuwe initiatieven ontstaan. De komende periode zal hier weer meer aandacht voor zijn, waarbij de ontwikkelingen rondom het Centrum voor Jeugd en Gezin één van de mogelijkheden is. Het genoemde afzonderlijke onderzoek naar de organisatorisch inbedding van de jeugdgezondheidszorg in de vorige beleidsnota is daarmee niet meer nodig. De gemeente Maastricht en de Mergelland-gemeenten zullen zich in 2007 gezamenlijk oriënteren op het doel en functies van een Centrum voor Jeugd en Gezin. Eind 2007 zal elke gemeente afzonderlijk besluiten over de invulling van een Centrum voor Jeugd en Gezin. Verder zijn de drie organisaties jeugdgezondheidszorg in Zuid-Limburg, die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de 0-4 jarige zorg, steeds meer gaan samenwerken.

### **3.2 Beleidslijnen Jeugdgezondheidszorg Maastricht - Mergelland 2008-2011**

- Maastricht als centrumgemeente voor jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar  
De werkwijze waarbij de gemeente Maastricht optreedt als centrumgemeente voor 0-19 jaar wordt door alle betrokken partijen als positief ervaren. Vandaar ook dat wordt voorgesteld om deze werkwijze te continueren en de gemeente Maastricht voor de periode 2008-2011 aan te wijzen als centrum / coördinerende gemeente voor de regio Maastricht-Mergelland.
- Integrale jeugdgezondheidszorg  
De afgelopen periode is gewerkt naar een integrale jeugdgezondheidszorg. Ook de komende periode zal daar blijvende aandacht voor zijn. Onder andere door het invoeren van het elektronisch kinddossier, het verbreden van het gebruik van de methodiek SamenStarten naar 4-19 jaar en het ontwikkelen van een laagdrempelige voorziening voor opvoed- en opgroei-ondersteuning, zal er meer inhoudelijke integraliteit kunnen ontstaan.
- Uitvoeren uniforme deel  
Aan de uitvoering van het uniforme deel zal met name inhoudelijk op landelijk niveau aandacht worden besteed. Naar aanleiding van de evaluatie jeugdgezondheidszorg 2006, zal er landelijk worden bekeken welke verbeteringen er plaats kunnen vinden ten aanzien van het Basistakenpakket, prioritering aanvullende activiteiten en de tijdsdruk bij het uitvoeren van de contactmomenten. GroenekruisDomicura is op de achtergrond betrokken bij deze verbeteringen. Verder zal door invoering van het elektronisch kinddossier er meer beleidsinformatie beschikbaar komen, waardoor er beter gestuurd kan worden op beleidsdoelen en resultaat. Tussen gemeenten, GroenekruisDomicura en GGD Zuid - Limburg zullen afspraken worden gemaakt over welke gegevens moeten worden verzameld.
- Uitvoeren maatwerk deel  
De organisaties van de jeugdgezondheidszorg dienen zo ingericht te worden dat maatwerk kan worden geleverd op het niveau van de gemeente of de wijk, maar ook op het niveau van de andere ketenpartners en/ of op de mogelijke doelgroepen. Bij het uitvoeren van het maatwerk gedeelte zal aandacht zijn voor de volgende punten, welke onder andere voortkomen uit Operatie Jong en de preventienota "Kiezen voor gezond leven" :
  - Intensivering bereik vroegsignalering, waarbij aandacht is voor non-bereik
  - Zorgcoördinatie, zorgcoördinatie risicokinderen, zorgnetwerkstructuren
  - Overgewicht bij kinderen, gezond eetpatroon en bewegen (gerichte verwijzing, gerichte programma's voor jonge kinderen)

- Groepsgerichte en/of collectieve activiteiten voor specifieke doelgroepen, zoals kwetsbare (jonge) moeders, kinderen met spraak- en taalachterstand, onzekere ouders, leidsters van kinderopvang en peuterspeelzalen.
- SamenStarten voor 4-19 jaar en ook voor de ketenpartners  
De werkmethode SamenStarten biedt de professionals een handvat om breder te kijken naar de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind en de eventuele problemen, die dat beïnvloeden. Door deze methode is het mogelijk om meer gerichte indicatieconsulten en huisbezoeken te ondernemen. Deze werkwijze, die nu nog met name uitgevoerd wordt in de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, zal verder worden uitgebreid bij jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar en ketenpartners, zodat er een eenduidige standaard - werkwijze komt in de gehele keten van jeugd.

- Benadering vanuit vindplaats / kind  
De jeugdgezondheidszorg heeft zowel voor 0-4 jaar als 4-19 jaar een groot bereik. Toch worden niet alle problemen direct gesignaleerd. Vandaar dat het belangrijk is niet alleen te sturen vanuit de aanwezigheid van ouder en kind op de contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg, maar ook dat er wordt gesignaleerd door andere organisaties, zoals kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, scholen en welzijnsinstelling.

Ondanks het grote bereik zijn er toch nog altijd kinderen die niet in beeld zijn. Het blijkt toch altijd weer voor te komen dat kinderen niet gevonden worden, niet verschijnen, of dat elke vorm van zorg wordt afgewezen. Gezamenlijk met gemeenten zal door de jeugdgezondheidszorg een notitie non-bereik worden opgesteld, waarin wordt aangegeven op welke manier met deze kinderen moet worden omgegaan. Voor gemeenten en instellingen is het van belang om te kunnen achterhalen of er sprake is van een risicokind of dat er andere redenen zijn waarom ouder en kind niet komen.

- Invoering Elektronisch Kind Dossier en verwijsindex  
Het Elektronisch Kind Dossier (EKD) is een geautomatiseerd systeem voor het uniform registeren van allerlei gegevens over de ontwikkeling van een kind door consultatiebureau of schoolarts. De invoering van het EKD hangt af van de landelijke ontwikkelingen. Op het moment dat hierin meer duidelijkheid is, zullen de GGD Zuid - Limburg en de drie thuiszorginstellingen in Zuid-Limburg hierin samen optrekken. Aanvullend op het EKD wordt er ook gewerkt aan een verwijsindex. Met dit aparte programma kunnen hulpverleners straks zien welke andere instanties zich bezighouden met een jongere. Het EKD is een van de bronnen, maar ook informatie van Bureau Jeugdzorg, maatschappelijk werk, politie en justitie kunnen aan de verwijsindex worden gekoppeld. Eind 2007 zal gestart worden met het invoeren van de verwijsindex in de regio Maastricht-Mergelland.  
De invoering van het EKD en de verwijsindex zijn hulpmiddelen om de coördinatie van zorg beter te kunnen regelen. Maar er is *meer* nodig om de coördinatie goed te laten verlopen. Vanuit prestatieveld 2 van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning zijn gemeenten verantwoordelijk voor een goede afstemming en bundeling van zorg als het gaat om jeugd. Elke instelling heeft uiteraard vanuit zijn eigen taken een bepaalde verantwoordelijkheid als het gaat om zorgcoördinatie, maar waar het hier om gaat is de coördinatie van zorg die verder reikt dan één instelling of werkveld. Coördinatie van zorg gaat om kinderen / ouders / gezinnen met meerdere problematieken, waarbij verschillende instellingen zijn betrokken vanuit verschillende invalshoeken. Een goede structuur en afstemming rondom preventie en zorg is noodzakelijk om voor kinderen zo licht mogelijk, zo snel mogelijk, zo kort mogelijk en zo dichtbij mogelijk de noodzakelijk hulp te organiseren.

- Opvoedingsondersteuning



Door extra middelen vanuit het rijk is er sinds 2006 meer aandacht voor de opvoed- en opgroeiondersteuning voor 0-4 jaar in zowel Maastricht als de Mergelland gemeenten. Het aanbod van programma's voor opvoedingsondersteuning zal verder worden uitgebreid, niet alleen voor gezinnen met kinderen in de jongere leeftijdscategorie (0-4 jarigen), maar ook met name met programma's voor gezinnen met oudere kinderen (4-19 jarigen). Hiervoor zal meer inzicht in de behoefte van ouders in opvoedingsondersteuning nodig zijn.

Daarnaast is er in Maastricht ook meer aandacht voor opvoedingsondersteuning voor alle leeftijdscategorieën door middel van de vijf wijkopvoedpunten.

## **4 Financiën**

### **4.1 Volksgezondheidsbeleid**

Binnen de programmabegroting van de gemeente Meerssen, zijn middelen beschikbaar (zie tabel 2 verderop in deze nota) voor zowel lokaal volksgezondheidsbeleid (vooral voor de wettelijke taken), als voor de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Op dit moment is nog niet helder of dit budget voldoende zal zijn om in de vier uitvoeringsjaren te kunnen werken aan alle gestelde prioriteiten. Aan de hand van het nieuwe productenboek zal de nota "Samen Gezond!" en de lokale aanpak worden uitgewerkt in een jaarprogramma 2008. Met dit jaarprogramma zal duidelijk worden wat de financiële voorwaarden zijn voor de uitvoering van de lokale aanpak. Wanneer verruiming van het budget dan nodig maar niet haalbaar blijkt te zijn, betekent dit dat keuzes gemaakt moeten worden in de geformuleerde prioriteiten.

Het jaarprogramma zal in februari 2008 ter behandeling aan de Commissie Dejong worden toegezonden en daarna ter vaststelling naar de gemeenteraad. Ook voor de jaren 2009 - 2010-2011 zal een jaarprogramma worden opgesteld.

Opgemerkt moet worden dat wanneer er keuzes gemaakt moeten worden in de geformuleerde prioriteiten, de gemeente Meerssen niet een eenzijdige bezuiniging op de basisproducten kan opleggen. Een bezuiniging op de basisproducten kan alleen als alle 19 gemeenten hier toe besluiten en dit wordt bekrachtigd in het Algemeen Bestuur van de GGD Zuid – Limburg.

### **4.2 Jeugdgezondheidszorg**

Voor het uniforme deel van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar ontvangt de gemeente Meerssen jaarlijks een specifieke uitkering van het rijk (zie tabel 2). In 2006 is de jeugdgezondheidszorg geëvalueerd. Naar aanleiding van deze evaluatie zal het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangegeven of deze middelen via een specifieke uitkering, dan wel in het gemeentefonds naar de gemeente komt. Dit zal medio 2007 duidelijk worden. Ongeacht de gekozen financieringssysteem blijven de beschikbare middelen vanuit het rijk behouden voor de jeugdgezondheidszorg.

Daarnaast heeft de gemeente Meerssen in haar programmabegroting Welzijn en Zorg middelen beschikbaar voor het maatwerkgedeelte van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar (zie tabel 2). Ook in de programmabegroting zijn middelen opgenomen voor de uitvoering van het uniforme en maatwerkdeel van de 4-19 jaar door de GGD Zuid - Limburg.

De gemeente Meerssen geeft, net als de overige regiogemeenten, aan de centrumgemeente Maastricht middelen voor het uniforme deel en het maatwerkdeel. Het bedrag voor het uniforme deel wordt bepaald door middel van de beschikking, die de afzonderlijke gemeenten ontvangen van het rijk. De middelen die bestemd zijn voor het maatwerkdeel zijn middelen die via het gemeentefonds bij gemeenten binnen komen. Deze middelen zullen jaarlijks worden geïndexeerd en aan de centrumgemeente worden overgemaakt. Voor het indexpercentage zal gebruik worden gemaakt van de loon- en prijsindexgegevens zoals deze door het Centraal Plan Bureau in maart / april van elk jaar bekend worden gemaakt.

### **4.3 Preventie, signalering en aanpak huiselijk geweld**

Binnen de programmabegroting, programma Welzijn en Zorg is er een budget beschikbaar als bijdrage voor het in stand houden het steunpunt 'Stichting Huiselijk Geweld' (zie tabel 2). Verder geldt ook hier: door de fusie van de GGD op Zuid-Limburgs niveau worden de producten opnieuw bekeken en wordt er een nieuwe productbegroting opgesteld. Eind 2007 zal duidelijk kunnen worden aangegeven welke producten de gemeente Meerssen in 2008 van de GGD Zuid - Limburg inkoopt, afgestemd op de resultaten die Meerssen per jaar wilt bereiken. Op dit moment wordt tevens onderzocht of de Stichting Huiselijk Geweld ondergebracht kan worden bij de GGD Zuid - Limburg.

Tabel 2: Beschikbare budget 2007

| <b>Omschrijving</b>                              | <b>Budget</b>       |
|--|---------------------|
| Volksgezondheid <sup>28</sup>                    | € 181.776,00        |
| Jeugdgezondheidszorg (uniforme deel 0-4 jarigen) | € 210.813,00        |
| Jeugdgezondheidszorg (maatwerkdeel 0-4 jarigen)  | € 19.688,00         |
| Jeugdgezondheidszorg (extra maatwerk)            | € 8.981,00          |
| Enmalige bijdrage invoering EKD                  | € 7249,00           |
| Stichting Huiselijk geweld                       | € 5561,00           |
| <b>Totaal</b>                                    | <b>€ 434.068,00</b> |

---

<sup>28</sup> Exclusief OGGZ

## Bronnen

- Actiz (juni 2005). Zicht op eigen leven.
- Gemeente Maastricht (2007). Lokale aanpak volksgezondheidsbeleid 2007 – 2011.
- Gemeente Maastricht (2007). Samen gezond!, Regionale prioriteiten volksgezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2007-2011.
- GGD Zuid - Limburg (januari 2007). Epidemiologische gegevens voor lokaal gezondheidsbeleid in Zuid-Limburg.
- GGD Zuid - Limburg (juni 2006). Jongerenonderzoek 2005, Eerste resultaten scholierenonderzoek Gemeente Meerssen.
- GGD Zuid - Limburg (mei 2007). Jongerenonderzoek 2005, Tabellenboek resultaten gemeente Meerssen.
- GGD Zuid - Limburg (juni 2007). Rapportage uitgevoerde producten lokale gezondheidsbevordering 2006. Regio Zuidelijk Zuid-Limburg.
- GGD-en Limburg (eind 2004). Limburgse Gezondheidsenquête 2003.
- Huiselijke geweld en agressie in Limburg, Pilotstudie in het kader van de Vrouwenveiligheidsindex.
- Kengetallen jeugdgezondheidszorg, GroenekruisDomicura.
- Kikken E.M.J., Drs. J.G.M. Moors & Drs. J. ten Thije. Huiselijk geweld en agressie in Limburg. Heerlen (oktober 2004).
- Kooiker S., K. van der Velden (april 2007). Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering.
- Ministerie van Justitie Factsheet (2003). Aanpak van huiselijk geweld- een kwestie die iedereen aangaat. Den Haag.
- Ministerie van Justitie (2002). *Plan van aanpak huiselijk geweld*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (oktober 2006). Kiezen voor Gezond Leven 2007 – 2010.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (april 2007). Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang.
- Slangen M. & G. Roovers (30 oktober 2006). Opvoed- en opgroeiondersteuning Heuvelland.
- Stuurgroep Nationaal Contract OGZ (maart 2003). Gezondheidswinst door gemeentelijk facetbeleid.

### **Geraadpleegde websites**

- Nationaal Kompas Volksgezondheid :  
[www.nationaalkompasvolksgezondheid.nl](http://www.nationaalkompasvolksgezondheid.nl)
- Organisatie voor zorgondernemers :  
[www.actiz.nl](http://www.actiz.nl)
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu :  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Bijlage 1 Kengetallen jeugdgezondheidszorg

### \* Kengetallen jeugdgezondheidszorg 0 tot 4 jaar

#### Tabel 1: Zorgteams 0-4 jaar

Contacten tussen jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar en zorgteams peuterspeelzalen en kinderopvangorganisaties en contacten betreffende individuele casusbespreking

| Deelname zorgteams | 2005             | 2006             |
|--------------------|------------------|------------------|
| Berg en Terblijt   | 1                | 3                |
| Bunde              | 9                | 46               |
| Eysden             | 1                | 0                |
| Gulpen-Wittem      | 2                | 15               |
| Maastricht         | 49               | 78               |
| Margraten          | 20               | 7                |
| Mechelen           | Geen registratie | Geen registratie |
| Meerssen           | 8                | 4                |
| Vaals              | 6                | 2                |
| Valkenburg         | 3                | 21               |
| <b>Totaal</b>      | <b>99</b>        | <b>176</b>       |

#### Tabel 2: Bereik jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar

Het aantal kinderen tussen 0-4 jaar dat bereikt is via bezoek aan het consultatiebureau dan wel via een huisbezoek.

| Uniform deel : Totaal aantal kinderen in zorg | 2005             | 2006             |
|---|------------------|------------------|
| Berg en Terblijt                              | 184              | 159              |
| Bunde   | 347              | 339              |
| Eysden  | Geen registratie | Geen registratie |
| Gulpen-Wittem                                 | 180              | 263              |
| Maastricht                                    | 4.739            | 4.325            |
| Margraten                                     | 444              | 401              |
| Mechelen                                      | 184              | 211              |
| Meerssen                                      | 319              | 269              |
| Vaals   | 248              | 239              |
| Valkenburg                                    | 318              | 383              |
| <i>alle heuvellandgemeenten</i>               | <i>2.224</i>     | <i>2.264</i>     |
| <b>Totaal</b>                                 | <b>6.963</b>     | <b>6.589</b>     |

**Tabel 3. Kwaliteitsindicator Aantal 1 jarigen in zorg**

| <b>Indicator : Aantal 1 jarigen</b> |             |             |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
|                                     | <b>2005</b> | <b>2006</b> |
| Berg en Terblijt                    | 51          | 42          |
| Bunde                               | 99          | 84          |
| Eysden                              |             |             |
| Gulpen-Wittem                       | 50 (wylre)  | 54          |
| Maastricht                          | 1112        | 1095        |
| Margraten                           | 110         | 96          |
| Mechelen                            | 51          | 50          |
| Meerssen                            | 70          | 83          |
| Vaals                               | 75          | 45          |
| Valkenburg                          | 81          | 93          |
| <i>alle heuvellandgemeenten</i>     | <i>587</i>  | <i>547</i>  |
| <b>Totaal</b>                       | <b>1699</b> | <b>1642</b> |
|                                     |             |             |

**Tabel 4: Kwaliteitsindicator Aantal 3 jarigen in zorg**

| <b>Indicator : aantal 3 jarigen</b> |             |             |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
|                                     | <b>2005</b> | <b>2006</b> |
| Berg en Terblijt                    | 49          | 42          |
| Bunde                               | 86          | 102         |
| Eysden                              |             |             |
| Gulpen-Wittem                       | 47(Wylre)   | 72          |
| Maastricht                          | 1265        | 1242        |
| Margraten                           | 111         | 123         |
| Mechelen                            | 40          | 52          |
| Meerssen                            | 82          | 74          |
| Vaals                               | 53          | 81          |
| Valkenburg                          | 63          | 112         |
| <i>alle heuvellandgemeenten</i>     | <i>531</i>  | <i>658</i>  |
| <b>Totaal</b>                       | <b>1796</b> | <b>1900</b> |
|                                     |             |             |

**Tabel 5: Overgewicht Jeugd**

| <b>Indicator : Overgewicht jeugd (2-3 j en 3-4 jr)</b> |                  |                  |
|--|------------------|------------------|
|  | <b>2005</b>      | <b>2006</b>      |
| Berg en Terblijt                                       | Geen registratie | Geen registratie |
| Bunde  | 2                | 13               |
| Eysden   | 4                | 25               |
| Gulpen-Wittem  | 5                | 18               |
| Maastricht   | 40               | 123              |
| Margraten  | 4                | 16               |
| Mechelen   |                  |                  |
| Meerssen   | 4                | 5                |
| Vaals  | 0                | 4                |
| Valkenburg   | 4                | 12               |
| <i>alle heuvellandgemeenten</i>                        | <i>23</i>        | <i>99</i>        |
| <b>Totaal</b>  | <b>63</b>        | <b>222</b>       |
|  |                  |                  |

**Tabel 6: Contact AMK**

| <b>Indicator: Contact AMK</b>      |             |             |
|------------------------------------|-------------|-------------|
|                                    | <b>2005</b> | <b>2006</b> |
| Berg en Terblijt                   | 2           | 6           |
| Bunde                              | 3           | 4           |
| Eysden                             | 0           | 3           |
| Gulpen-Wittem                      | 5           | 5           |
| Maastricht                         | 94          | 120         |
| Margraten                          | 6           | 4           |
| Mechelen                           |             |             |
| Meerssen                           | 7           | 13          |
| Vaals                              | 11          | 2           |
| Valkenburg                         | 2           | 4           |
| <i>alle<br/>heuvelandgemeenten</i> | <i>31</i>   | <i>41</i>   |
| <b>Totaal</b>                      | <b>125</b>  | <b>161</b>  |
|                                    |             |             |



**Tabel 7: Aantal verwijzingen 0-4 jaar**

Aantal verwijzingen naar een andere professional (diëtisten, logopedisten, specialisten in het ziekenhuis, bureau jeugdzorg, opvoedondersteuners)

| <b>Verwijzingen</b> | <b>2005 (laatste kwartaal)</b> | <b>2006</b>      |
|---------------------|--------------------------------|------------------|
| Berg en Terblijt    | Geen registratie               | Geen registratie |
| Bunde               | 13                             | 48               |
| Eysden              | 20                             | 78               |
| Gulpen-Witterm      | 36                             | 103              |
| Maastricht          | 209                            | 747              |
| Margraten           | 36                             | 82               |
| Mechelen            | Geen registratie               | Geen registratie |
| Meerssen            | 21                             | 102              |
| Vaals               | 2                              | 25               |
| Valkenburg          | 15                             | 45               |
| <b>Totaal</b>       | <b>352</b>                     | <b>1230</b>      |

**Tabel 8: Aantal huisbezoeken risicokinderen 0-4 jaar**

| <b>Aantal huisbezoeken Risicozorg (12 mnd, 18 mnd, 2 jr, 3 jr, 3,9 jr en 4+)</b> |                  |                  |
|--|------------------|------------------|
|  | <b>2005</b>      | <b>2006</b>      |
| Berg en Terblijt   | 9                | 19               |
| Bunde  | 35               | 42               |
| Eysden   | 71               | 51               |
| Gulpen-Witterm   | 95               | 101              |
| Maastricht   | 696              | 478              |
| Margraten  | 57               | 29               |
| Mechelen   | Geen registratie | Geen registratie |
| Meerssen   | 36               | 28               |
| Vaals  | 41               | 53               |
| Valkenburg   | 21               | 14               |
| <b>Totaal</b>  | <b>1.061</b>     | <b>815</b>       |

**Tabel 9: Aantal extra consulten boven de standaard contactmomenten 0-4 jaar**

| <b>Aantal consulten Risicozorg (12 mnd, 3,5 jr, 4 + en extra indicatie)</b> |  |  |
|---|--|--|
|   | <b>2005 (4<sup>de</sup> kwartaal)</b>  | <b>2006</b>                              |
| Berg en Terblijt  | Geen registratie                       | Geen registratie                         |
| Bunde   | 15 zuigelingen<br>11 peuters           | 131 zuigelingen<br>52 peuters            |
| Eysden  | 27 zuigelingen<br>14 peuters           | 110 zuigelingen<br>103 peuters           |
| Gulpen-Witterm  | 25 zuigelingen<br>22 peuters           | 115 zuigelingen<br>65 peuters            |
| Maastricht  | 405 zuigelingen<br>255 peuters         | 692 zuigelingen<br>424 peuters           |
| Margraten   | 8 zuigelingen<br>10 peuters            | 102 zuigelingen<br>57 peuters            |
| Mechelen  | Geen gegevens                          | Geen gegevens                            |
| Meerssen  | 16 zuigelingen<br>15 peuters           | 101 zuigelingen<br>84 peuters            |
| Vaals   | 7 zuigelingen<br>5 peuters             | 39 zuigelingen<br>10 peuters             |
| Valkenburg  | 7 zuigelingen<br>8 peuters             | 84 zuigelingen<br>25 peuters             |
| <b>Totaal</b>   | <b>510 zuigelingen<br/>340 peuters</b> | <b>1.374 zuigelingen<br/>820 peuters</b> |

## Kengetallen jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar

| Gemeente            | Aantal jeugdigen<br>4-19 jaar | Jongens       | Meisjes       |
|---------------------|-------------------------------|---------------|---------------|
| Eijsden             | 2.340                         | 1.209         | 1.131         |
| Maastricht          | 16.676                        | 8.536         | 8.139         |
| Margraten           | 2.678                         | 1.384         | 1.294         |
| Meerssen            | 3.449                         | 1.757         | 1.692         |
| Valkenburg a/d Geul | 2.646                         | 1.369         | 1.275         |
| Gulpen-Wittem       | 2.609                         | 1226          | 1.129         |
| Vaals               | 1.446                         | 771           | 675           |
| <b>Totaal:</b>      | <b>31.844</b>                 | <b>16.252</b> | <b>15.335</b> |

Tabel 1: verdeling jeugdigen 4-19 jaar naar woonplaats in 2006

| Activiteit                      | Onderzoekscontacten 2006 |
|---------------------------------|--------------------------|
| PGO groep 2                     | 1978                     |
| PGO groep 5                     | 1785                     |
| Verkort onderzoek groep 8       | 1870                     |
| PVO klas 2 Voortgezet Onderwijs | 2008                     |
| Onderzoeken tbv SO/VSO          | 648                      |
| Onderzoek op indicatie          | 4000                     |
| Kortdurende psycho-soc hulp     | 798                      |
| <b>Totaal</b>                   | <b>13087</b>             |

Tabel 2: Overzicht van onderzoekscontacten in 2006

Op basis van de uitkomsten van de preventieve gezondheidsonderzoeken worden adviezen en verwijzingen gegeven, worden extra controles uitgevoerd en primaire- en secundaire preventieactiviteiten uitgevoerd. Bij bijna 10% van de onderzoeken worden door ouders en kinderen niet opgemerkte somatische problemen aan het licht gebracht. Dit betreft vooral problemen met zien, horen, motoriek, lengtegroei, gewicht, lichaamshouding etc. Bij 25 tot 30% van de onderzoeken worden psycho-emotionele problemen geconstateerd en bij 5 tot 7 % kinderpsychiatrische aandoeningen gesignaleerd.

### Zorg voor risicojeugd

De zorg voor risicojeugd heeft prioriteit en wordt vormgegeven door het uitvoeren van onderzoeken op indicatie, de kortdurende psychosociale hulpverlening, de deelname aan zorgteams / begeleidingsteams (in basisonderwijs, voortgezet onderwijs en het speciaal onderwijs) en het plaatsvinden van vroegtijdige opsporing projecten (VTO). Doel hiervan is om vroegtijdig een preventief beleid voor de individuele jeugdige uit te zetten. In een aantal gevallen wordt door gesprekken en advisering door de jeugdarts, jeugdverpleegkundige of psycholoog/psychologisch medewerkster (dit laatste geldt alleen voor Gulpen-Wittem en Vaals) verdere escalatie van problemen voorkomen. Daarnaast vindt doorverwijzing naar andere zorgsystemen plaats met terugkoppeling van het resultaat. Het verwijzingspercentage naar andere hulpverleners zoals huisartsen, bureau jeugdzorg, kinder- en jeugdpsychiatrie, maatschappelijk werk etc. bedraagt circa 10%-12% van alle onderzochte kinderen.

### Vaccinaties:

In 2006 zijn in alle genoemde gemeenten 95%-96% van alle kinderen die daarvoor in aanmerking kwamen, gevaccineerd tegen Difterie-Tetanus-Polio (DTP) en Bof-Mazelen-Rodehond (BMR).

## **Bijlage 2 Overzicht beleidsdoelstellingen 1 juli 2007 – 1 juli 2011 (inclusief Jeugdgezondheidszorg 1 januari 2008 – 1 juli 2011)**

Deze bijlage is een eerste aanzet. Aan de hand van het nieuwe productenboek van de GGD Zuid - Limburg zal het jaarprogramma 2008 verder geconcretiseerd worden naar producten, de resultatenverwachting van de GGD Zuid - Limburg en de financiële dekking. Tevens zal het overzicht aangevuld worden met producten van andere partners en / of beleidsterreinen. Met dit jaarprogramma zal duidelijk worden wat de financiële voorwaarden zijn voor de uitvoering van de lokale aanpak. Het jaarprogramma zal naar verwachting in februari 2008 ter behandeling aan de Commissie Dejong worden toegezonden. Ook voor de jaren 2009, 2010 en 2011 zal een jaarprogramma worden opgesteld.

| Landelijke + regionale speerpunt            | Maatschappelijk effect   | Beleidsdoelstelling<br>Regionaal / lokaal  | Inzet basisvoorziening GGD tbv prioriteiten<br>Periode 2007 -2011  |
|---|--|--|--|
| Overgewicht (inclusief extreem overgewicht) | Afname van het % kinderen en jongeren (0-19 jaar) met overgewicht in 2011 bereikt hebben | A. Het stimuleren van gezonde voeding bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar<br>B. Het stimuleren van meer dagelijkse beweging bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar<br>C. Het creëren van een regionaal uniform, sluitend signaleringssysteem voor kinderen met (extreem) overgewicht<br>D. Het creëren van een sluitend preventieaanbod voor de doelgroep 0-19 jarigen<br>E. Het stimuleren van integraal beleid mbt overgewicht, zoals bijvoorbeeld het creëren van een gezonde omgeving en interventies bij gezinnen, waarvan een of beide ouders overgewicht heeft | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• Uniformeren signalerings- en verwijzingssysteem JGZ – GGD ZL</li> <li>• NIGZ samenwerking om integraal beleid lokaal te bevorderen</li> <li>• SchoolSlag werkwijze</li> <li>• Bos – impuls</li> </ul> |
|   | Stabilisatie van het % volwassenen met (extreem) overgewicht in 2011 bereikt hebben      | A. Het stimuleren van gezonde voeding<br>B. Het stimuleren van meer dagelijkse beweging<br>C. Het stimuleren van integraal beleid mbt (extreem) overgewicht, zoals bijvoorbeeld het creëren van een gezonde omgeving en interventies bij gezinnen waarvan een of beide ouders overgewicht heeft  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezondheidsmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• NIGZ samenwerking om integraal beleid lokaal te bevorderen</li> </ul>   |

| <b>Landelijke + regionale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>  | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b>   | <b>Inzet basisvoorziening GGD tbv<br/>prioriteiten<br/>Periode 2007 -2011</b>   |
|---|--|---|---|
| Diabetes                                | % patiënten met diabetes terugbrengen naar het landelijk niveau (in 2011 bereikt hebben) | A. Tijdig signaleren van diabetes ter voorkoming van complicaties<br>B. Het stimuleren van integraal beleid, zoals interventies bij overgewicht en onvoldoende beweging | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitale informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• Gezondheidsmonitor</li> <li>• Jeugdmonitor</li> </ul> |

| <b>Landelijke + regionale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>                             | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b>  | <b>Inzet basisvoorziening GGD tbv<br/>prioriteiten<br/>Periode 2007 -2011</b>  |
|---|---|--|--|
| Depressie                               | Het bereik van depressiepreventie in 2011 vergroot hebben | A. Het verbeteren van het signalerings- en verwijzingsstelsel voor mensen met depressieve klachten<br>B. Het versterken van het preventieaanbod voor depressie<br>C. Via school versterken van sociale weerbaarheid in BaO en VO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitale informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• Sociale kaart</li> <li>• Gezondheidsmonitor</li> <li>• Jeugdmonitor</li> </ul> |

| <b>Landelijke + regionale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>   | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b>   | <b>Inzet basisvoorziening GGD tbv prioriteiten<br/>Periode 2007 -2011</b>  |
|---|---|---|--|
| Schadelijk alcoholgebruik               | Afname van het % jongeren tot 16 jaar dat alcohol gebruikt (in 2011 bereikt hebben) | <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Ontmoedigen van alcoholgebruik tot 16 jaar</li> <li>B. Volwassenen (met name ouders) stimuleren om alcoholgebruik van kinderen en jongeren tot 16 jaar te ontmoedigen</li> <li>C. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Digitale) Informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• Jeugdmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> <li>• SchoolSlag-werkwijze</li> </ul> |
|   | Een vermindering van het % probleemdrinkers (in 2011 bereikt hebben)                | <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Ontmoedigen van overmatig alcoholgebruik</li> <li>B. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• Gezondheidsmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> </ul>                           |

| Landelijke + regionale speerpunt | Maatschappelijk effect   | Beleidsdoelstelling<br>Regionaal / lokaal  | Inzet basisvoorziening GGD tbv prioriteiten<br>Periode 2007 -2011   |
|----------------------------------|--|--|---|
| Roken                            | Duidelijke daling van het % jongeren dat rookt (in 2011 bereikt hebben)  | A. Kinderen en jongeren worden gestimuleerd om niet te beginnen met roken<br>B. Jongeren worden gestimuleerd om te stoppen met roken | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SchoolSlag werkwijze</li> <li>• Jeugdmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> </ul>      |
|                                  | De blootstelling aan tabaksrook in de omgeving daalt (in 2011 bereikt hebben)                                  | A. Roken in openbare gelegenheden ontmoedigen (Horecawet?)<br>B. Roken in het bijzijn van kinderen ontmoedigen                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SchoolSlag werkwijze</li> <li>• Jeugdmonitor</li> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• Gezondheidsmonitor</li> </ul> |
|                                  | Duidelijke daling van het % rokers dat in de pas loopt met de landelijke doelstelling (in 2011 bereikt hebben) | A. Rokers stimuleren om te stoppen met roken   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• Gezondheidsmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> </ul>                                |



Lokale speerpunten 2007 - 2011

| <b>Lokale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>   | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b>  | <b>Inzet basisvoorziening GGD tbv<br/>prioriteiten<br/>Periode 2007 -2011</b>  |
|-------------------------|---|--|--|
| Drugs                   | Daling van het % jongeren dat drugs gebruikt (in 2011 bereikt hebben) | A. Kinderen en jongeren worden gestimuleerd om niet te beginnen met drugs<br>B. Jongeren worden gestimuleerd om te stoppen met drugs | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SchoolSlag werkwijze</li> <li>• Jeugdmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> </ul> |

| <b>Lokale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>  | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b>   | <b>Inzet basisvoorziening GGD tbv<br/>prioriteiten<br/>Periode 2007 -2011</b>  |
|-------------------------|--|---|--|
| Bewegen                 | Daling in het % kinderen en jongeren dat niet voldoet aan de beweegnorm (in 2011 bereikt hebben) | A. Het stimuleren van meer dagelijkse beweging bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar<br>B. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl? | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• Uniformeren signalerings- en verwijzingssysteem JGZ – GGD ZL</li> <li>• NIGZ samenwerking om integraal beleid lokaal te bevorderen</li> <li>• SchoolSlag werkwijze</li> <li>• Bos – impuls</li> </ul> |
|                         | Daling in het % volwassenen dat niet voldoet aan de beweegnorm (in 2011 bereikt hebben)          | A. Het stimuleren van meer dagelijkse beweging bij volwassenen<br>B. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl?                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezondheidsmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• NIGZ samenwerking om integraal beleid lokaal te bevorderen</li> </ul>   |

| <b>Lokale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>  | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b>  | <b>Inzet basisvoorziening GGD tbv<br/>prioriteiten<br/>Periode 2007 -2011</b>  |
|-------------------------|--|--|--|
| Voedingspatroon         | Daling in het % kinderen en jongeren dat onvoldoende groente en fruit dagelijks eet (in 2011 bereikt hebben) | <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Het stimuleren van dagelijks voldoende groente en fruit te eten door kinderen en jongeren van 0-19 jaar</li> <li>B. Het stimuleren van gezonde voeding bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar</li> <li>C. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeugdmonitor</li> <li>• Sociale kaart</li> <li>• (Digitale) informatievoorziening &amp; publieksinformatie</li> <li>• Uniformeren signalerings- en verwijzingssysteem JGZ – GGD ZL</li> <li>• Bos - impuls</li> </ul> |

| <b>Lokale speerpunt</b>                                | <b>Maatschappelijk effect in Meerssen</b>   | <b>Beleidsdoelstelling Regionaal / lokaal</b>  | <b>Inzet basisvoorziening van? Periode 2007 –2011</b> |
|--|---|--|---|
| Preventie, signalering en interventie huiselijk geweld | Daling in het % kinderen en jongeren (0-19jaar) als slachtoffer van huiselijk geweld (in 2011 bereikt hebben) | <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Definitie: 'slachtoffers van huiselijk geweld'</li> <li>B. Inzicht in het het aantal slachtoffers van huiselijk geweld bij kinderen en jongeren in Meerssen</li> <li>C. Het systeem van preventie, signalering en interventie van huiselijk geweld inzichtelijk hebben en kunnen monitoren op resultaat / effect</li> <li>D. Tot (onderling) vergelijkbare registraties komen</li> </ul> |   |

| Lokale speerpunt                             | Maatschappelijk effect in Meerssen    | Beleidsdoelstelling Regionaal / lokaal   | Inzet basisvoorziening GGD tbv prioriteiten Periode 2007 -2011 |
|--|---------------------------------------|--|--|
| Gemeentelijk facetbeleid en integraal beleid | Gezondheidswinst, kwaliteit van leven | <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Afstemming tussen monitoringscyclus en beleidscyclus</li> <li>B. Samenhang tussen interventies (meer) inzichtelijk maken en de effecten van de samenhang</li> <li>C. Samenhang tussen gezondheid en leefstijl risico's inzichtelijk maken en de effecten van de samenhang</li> <li>D. Het versterken van en verbeteren van een structurele en samenhangende aanpak door middel van aandacht voor gezondheid op andere beleidsterreinen en meer samenwerking met burgers en partners in het veld(gezamenlijke verantwoordelijkheidvoor een goede gezondheid)</li> <li>E. Het versterken van de samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg, waarbij specifiek aandacht is voor het verknopen van preventie en zorg</li> <li>F. Verbetering van de onderzoeken</li> <li>G. Cliëntstelsysteem meenemen bij de aanpak van gezondheidsproblemen en leefstijl – risico's</li> </ul> |  |

|                         |   |   |   |
|-------------------------|---|---|---|
| <b>Lokale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect<br/>in Meerssen</b> | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b> | <b>Inzet basisvoorziening GGD tbv<br/>prioriteiten<br/>Periode 2007 -2011</b> |
|-------------------------|---|---|---|

| Lokale speerpunt  | Maatschappelijk effect in Meerssen           | Beleidsdoelstelling Regionaal / lokaal | Inzet basisvoorziening GGD tbv prioriteiten Periode 2007 -2011 |
|---|--|--|--|
| <p>Van een aantal andere gezondheidsgerelateerde zaken de samenhang met (andere) gezondheidsproblemen onderzoeken, het huidige beleid evalueren en eventuele verdere aanpak bepalen. Het gaat hier om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesten bij jongeren</li> <li>• Veiligheidsgevoel bij jongeren</li> <li>• Onveilig vrijen door jongeren</li> <li>• Gokken</li> <li>• Sportongevallen</li> <li>• Geluidshinder van met name vliegtuigen</li> <li>• Geurhinder van met name vliegtuigen</li> <li>• Stof-, rook-, en roethinder (luchtkwaliteit)</li> <li>• Eenzaamheid (Ervaren) gezondheid van mantelzorgers</li> <li>• De mate van en wijze waarop informatie te geven over gezondheid en leefstijl risico's.</li> </ul> | <p>Gezondheidswinst, kwaliteit van leven</p> | <p>Integraal beleid versterken</p>     |  |

Regionale speerpunten Jeugdgezondheidszorg 2008 -2011

| <b>Regionale speerpunt</b>  | <b>Maatschappelijk effect</b>         | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b>  | <b>Inzet basisvoorziening GGD tbv<br/>prioriteiten<br/>Periode 2007 -2011</b> |
|---|---------------------------------------|--|---|
| Gezondheid van kinderen en jongeren (0-19 jaar): preventie en vroegtijdig interveniëren | Gezondheidswinst, kwaliteit van leven | <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Integraal beleid versterken</li> <li>B. Uitbreiden werkmethodek SamenStarten naar 4-19 jaar</li> <li>C. Invoering Elektronisch Kind Dossier</li> <li>D. Verbreden van opvoedondersteuning</li> </ul> |   |

### **Bijlage 3 Jaarprogramma gemeente Meerssen 2008 (inclusief Jeugdgezondheidszorg)**

Deze bijlage is een eerste aanzet. Aan de hand van het nieuwe productenboek van de GGD Zuid - Limburg zal het jaarprogramma 2008 verder geconcretiseerd worden naar producten, de resultatenverwachting van de GGD Zuid - Limburg en de financiële dekking. Tevens zal het overzicht aangevuld worden met producten van andere partners en / of beleidsterreinen. Het jaarprogramma zal naar verwachting in februari 2008 ter behandeling aan de Commissie Dejong worden toegezonden. Ook voor de jaren 2009 – 2010 en 2011 zal een jaarprogramma worden opgesteld.



Landelijke + regionale speerpunten 2007 - 2011

| Landelijke + regionale speerpunt            | Maatschappelijk effect  | Beleidsdoelstelling<br>Regionaal / lokaal  | Lokale actieplan 2007-2008 Meerssen  | Financiële dekking |
|---|---|--|--|--------------------|
| Overgewicht (inclusief extreem overgewicht) | Afname van het % kinderen en jongeren (0-19 jaar) met overgewicht | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het stimuleren van gezonde voeding bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar</li> <li>2. Het stimuleren van meer dagelijkse beweging bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar</li> <li>3. Het creëren van een regionaal uniform, sluitend signaleringssysteem voor kinderen met (extreem) overgewicht</li> <li>4. Het creëren van een sluitend preventieaanbod voor de doelgroep 0-19 jarigen</li> <li>5. Het stimuleren van integraal beleid mbt overgewicht, zoals bijvoorbeeld het creëren van een gezonde omgeving en interventies bij gezinnen, waarvan een of beide ouders overgewicht heeft</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mogelijkheden bekijken voor interventie bij gezinnen met inwonende kind(eren) waarvan een of beide ouders (extreem) overgewicht hebben: dus stabiliseren of afname overgewicht bij ouders en daarmee ook bij kind(eren)</li> <li>• SES meenemen hierin</li> <li>• BOS – impuls</li> </ul> |                    |
|   | Stabilisatie van het % volwassenen met (extreem) overgewicht      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het stimuleren van gezonde voeding</li> <li>2. Het stimuleren van meer dagelijkse bewegen</li> <li>3. Het stimuleren van integraal beleid mbt (extreem) overgewicht, zoals bijvoorbeeld het creëren van een gezonde omgeving en interventies bij gezinnen waarvan een of beide ouders overgewicht heeft</li> </ol>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• In najaar 2007 onderzoeken of afname van het % volwassenen met (extreem) overgewicht mogelijk is</li> <li>• SES meenemen hierin</li> </ul>  |                    |

| <b>Landelijke + regionale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>   | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b>   | <b>Lokale actieplan 2007-2008 Meerssen</b>  | <b>Financiële dekking</b> |
|---|---|---|---|---------------------------|
| Diabetes                                | % patiënten met diabetes terugbrengen naar het landelijk niveau in 2012 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tijdig signaleren van diabetes ter voorkoming van complicaties</li> <li>2. Het stimuleren van integraal beleid, zoals interventies bij overgewicht en onvoldoende beweging</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het najaar 2007 onderzoeken hoe de signalering, preventie en interventie van diabetes in Meerssen is</li> </ul> |                           |

| <b>Landelijke + regionale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>                   | <b>Beleidsdoelstelling<br/>Regionaal / lokaal</b>  | <b>Lokale actieplan 2007-2008 Meerssen</b>   | <b>Financiële dekking</b> |
|---|---|--|--|---------------------------|
| Depressie                               | Vergroten van het bereik van depressiepreventie | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het verbeteren van het signalerings- en verwijzingsstelsel voor mensen met depressieve klachten</li> <li>2. Het versterken van het preventieaanbod voor depressie</li> <li>3. Via school versterken van sociale weerbaarheid in BaO en VO</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nagaan wat de conclusies zijn over de meest voorkomende oorzaken van depressie</li> </ul> |                           |

| <b>Landelijke + regionale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>                              | <b>Beleidsdoelstelling Regionaal / lokaal</b>   | <b>Lokale actieplan 2007-2008 Meerssen</b>   | <b>Financiële dekking</b> |
|---|--|---|--|---------------------------|
| Schadelijk alcoholgebruik               | Afname van het % jongeren tot 16 jaar dat alcohol gebruikt | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ontmoedigen van alcoholgebruik tot 16 jaar</li> <li>2. Volwassenen (met name ouders) stimuleren om alcoholgebruik van kinderen en jongeren tot 16 jaar te ontmoedigen</li> <li>3. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het schenken / verkopen van alcohol onder de 16 jaar: onderzoeken de mate waarin dit voorkomt</li> <li>• Accent op groep 13-16 jarigen</li> </ul> |                           |
|   | Een vermindering van het % probleemdrinkers                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ontmoedigen van overmatig alcoholgebruik</li> <li>2. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl</li> </ol>  |  |                           |

| <b>Landelijke + regionale speerpunt</b> | <b>Maatschappelijk effect</b>   | <b>Beleidsdoelstelling Regionaal / lokaal</b>  | <b>Lokale actieplan 2007-2008 Meerssen</b>   | <b>Financiële dekking</b> |
|---|---|--|--|---------------------------|
| Roken                                   | Duidelijke daling van het % jongeren dat rookt  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kinderen en jongeren worden gestimuleerd om niet te beginnen met roken</li> <li>2. Jongeren worden gestimuleerd om te stoppen met roken</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accent op groep 13-16 jarigen</li> <li>• SES meenemen hierin</li> </ul> |                           |
|   | De blootstelling aan tabaksrook in de omgeving daalt                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Roken in openbare gelegenheden ontmoedigen (Horecawet?)</li> <li>2. Roken in het bijzijn van kinderen ontmoedigen</li> </ol>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invoering Horecawet</li> <li>• SES meenemen hierin</li> </ul>           |                           |
|   | Duidelijke daling van het % rokers dat in de pas loopt met de landelijke doelstelling | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rokers stimuleren om te stoppen met roken</li> </ol>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SES meenemen hierin</li> </ul>  |                           |

Lokale speerpunten 2007 - 2011

| Lokale speerpunt | Maatschappelijk effect                                  | Beleidsdoelstelling<br>Regionaal / lokaal  | Lokale actieplan 2007-<br>2008 Meerssen   | Financiële dekking |
|------------------|---|--|---|--------------------|
| Drugs            | Duidelijke daling van het % jongeren dat drugs gebruikt | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kinderen en jongeren worden gestimuleerd om niet te beginnen met drugs</li> <li>2. Jongeren worden gestimuleerd om te stoppen met drugs</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accent op groep 13-16 jarigen</li> </ul> |                    |

| Lokale speerpunt | Maatschappelijk effect   | Beleidsdoelstelling<br>Regionaal / lokaal  | Lokale actieplan 2007-<br>2008 Meerssen   | Financiële dekking |
|------------------|--|--|---|--------------------|
| Bewegen          | Duidelijke daling in het % kinderen en jongeren dat niet voldoet aan de beweegnorm | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het stimuleren van meer dagelijkse beweging bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar</li> <li>2. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SES meenemen hierin</li> <li>• Bos - impuls</li> </ul> |                    |
|                  | Duidelijke daling in het % volwassenen dat niet voldoet aan de beweegnorm          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het stimuleren van meer dagelijkse beweging bij volwassenen</li> <li>2. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl</li> </ol>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SES meenemen hierin</li> </ul>                         |                    |

| Lokale speerpunt | Maatschappelijk effect   | Beleidsdoelstelling<br>Regionaal / lokaal   | Lokale actieplan 2007-<br>2008 Meerssen                          | Financiële dekking |
|------------------|--|---|--|--------------------|
| Voedingspatroon  | Duidelijke daling in het % kinderen en jongeren dat onvoldoende groente en fruit dagelijks eet | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het stimuleren van dagelijks voldoende groente en fruit te eten door kinderen en jongeren van 0-19 jaar</li> <li>2. Het stimuleren van gezonde voeding bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar</li> <li>3. Integrale aanpak: meer insteken op leefstijl</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bos - impuls</li> </ul> |                    |

| Lokale speerpunt                                       | Maatschappelijk effect in Meerssen  | Beleidsdoelstelling Regionaal / lokaal   | Lokale actieplan 2007-2008 Meerssen  | Financiële dekking |
|--|---|--|--|--------------------|
| Preventie, signalering en interventie huiselijk geweld | Duidelijke daling in het % kinderen en jongeren (0-19jaar) als slachtoffer van huiselijk geweld | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definitie: 'slachtoffers van huiselijk geweld'</li> <li>2. Inzicht in het aantal slachtoffers van huiselijk geweld bij kinderen en jongeren in Meerssen</li> <li>3. Het systeem van preventie, signalering en interventie van huiselijk geweld inzichtelijk hebben en kunnen monitoren op resultaat / effect</li> <li>4. Tot (onderling) vergelijkbare registraties komen</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Najaar / winter 2007 huidige systeem/ structuur van Meerssen inzichtelijk gemaakt hebben en doelen formuleren</li> <li>• Idem: Definitie: slachtoffers van huiselijk geweld</li> <li>• Idem: Prioritering doelgroep(en)</li> <li>• Idem: cijfers slachtoffers meer helder hebben en vergelijken</li> <li>• Idem: eventuele inkoop product GGD voor coördinatie</li> </ul> |                    |

| Lokale speerpunt                             | Maatschappelijk effect in Meerssen    | Beleidsdoelstelling Regionaal / lokaal  | Lokale actieplan 2007-2008 Meerssen  | Financiële dekking |
|--|---------------------------------------|---|--|--------------------|
| Gemeentelijk facetbeleid en integraal beleid | Gezondheidswinst, kwaliteit van leven | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afstemming tussen monitoringscyclus en beleidscyclus</li> <li>2. Samenhang tussen interventies (meer) inzichtelijk maken en de effecten van de samenhang</li> <li>3. Samenhang tussen gezondheid en leefstijl risico's inzichtelijk maken en de effecten van de samenhang</li> <li>4. Het versterken van en verbeteren van een structurele en samenhangende aanpak door middel van aandacht voor gezondheid op andere beleidsterreinen en meer samenwerking met burgers en partners in het veld (gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een goede gezondheid)</li> <li>5. Het versterken van de samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg, waarbij specifiek aandacht is voor het verknopen van preventie en zorg</li> <li>6. Verbetering van de onderzoeken: onder andere uniformering daar waar nodig, leeftijdscategorieën uitbreiden, gegevens per gemeente</li> <li>7. Cliëntensysteem meenemen bij de aanpak van gezondheidsproblemen en leefstijl – risico's</li> </ol> | <p>Ad A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. juli 2008 evaluatie lokale actieplan + voortgang beleidsdoelstelling 2007-2011 + gevolgen voor inkoop 2009</li> <li>2. augustus mt en B&amp;W advies</li> <li>3. september 2008 raadscommissie</li> <li>4. oktober 2008 gemeenteraad</li> </ol> |                    |



| Lokale speerpunt  | Maatschappelijk effect in Meerssen           | Beleidsdoelstelling Regionaal / lokaal | Lokale actieplan 2007-2011 Meerssen   | Financiële dekking |
|---|--|--|---|--------------------|
| <p>Van een aantal andere gezondheidsgerelateerde zaken de samenhang met (andere) gezondheidsproblemen onderzoeken, het huidige beleid evalueren en eventuele verdere aanpak bepalen</p> | <p>Gezondheidswinst, kwaliteit van leven</p> | <p>Integraal beleid versterken</p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesten bij jongeren</li> <li>• Veiligheidsgevoel bij jongeren</li> <li>• Onveilig rijden door jongeren</li> <li>• Gokken</li> <li>• Sportongevallen</li> <li>• Geluidshinder van met name vliegtuigen</li> <li>• Geurhinder van met name vliegtuigen</li> <li>• Stof-, rook-, en roethinder (luchtkwaliteit)</li> <li>• Eenzaamheid</li> <li>• (Ervaren) gezondheid van mantelzorgers</li> <li>• De mate van en wijze waarop informatie te geven over gezondheid en leefstijl risico's.</li> </ul> |                    |

Regionale speerpunten Jeugdgezondheidszorg 2008 - 2011

| Regionale speerpunt   | Maatschappelijk effect                | Beleidsdoelstelling<br>Regionaal / lokaal  | Lokale actieplan 2007-<br>2011 Meerssen | Financiële dekking |
|---|---------------------------------------|--|---|--------------------|
| Gezondheid van kinderen en jongeren (0-19 jaar): preventie en vroegtijdig interveniëren | Gezondheidswinst, kwaliteit van leven | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integraal beleid versterken</li> <li>2. Uitbreiden werkmethoediek SamenStarten naar 4-19 jaar</li> <li>3. Invoering Elektronisch Kind Dossier</li> <li>4. Verbreden van opvoedondersteuning</li> </ol> |   |                    |