

NOTA LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID

GEMEENTE NEERIJNEN

2006-2010

## Voorwoord

Gezondheid, zowel lichamelijk als geestelijk is uitermate belangrijk voor de mens. Gezonde burgers zijn op hun beurt weer erg belangrijk voor een gemeenschap. Zij maken een gezonde gemeente waar het aangenaam wonen is.

De rol die de gemeente speelt op het gebied van de volksgezondheid is de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden. Om het gemeentelijk gezondheidsbeleid te versterken zijn gemeenten vanaf 2003 door het rijk verplicht om hun gezondheidsbeleid in een nota vast te leggen.

Dit is de eerste gezondheidsbeleidsnota van de gemeente Neerijnen. De nota leunt sterk op het veldwerk dat door de GGD Rivierenland op regionaal niveau is verricht, maar kent daarnaast aanknopingspunten voor een eigen lokaal gezondheidsbeleid.

Specifieke aandacht gaat uit naar de jeugd en de jongeren en naar de (jonge) ouderen. In hoofdstuk 5 staan daarom enkele acties geformuleerd die zich op de beide doelgroepen richten. Gezondheidsbeleid staat niet op zichzelf. Veel van de gezondheidsdoelen kunnen alleen met inzet van middelen uit andere gemeentelijke beleidsterreinen worden gerealiseerd. Voor de benoemde doelgroepen zijn dit onder meer: het onderwijs, het sportbeleid, de beleidsdoelstellingen binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (invoering waarschijnlijk per 1 juli 2006) en het jeugdbeleid.

Zoals gezegd is dit de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid Neerijnen. Men moet de nota dan ook duidelijk als een start zien naar een grotere beleidsbetrokkenheid van de gemeente met het vraagstuk van de (preventieve) gezondheidszorg. De nota is onder meer tot stand gekomen na een beleidsoverleg met lokale beleidsmakers en uitvoerders in gezondheidsland. Daaropvolgend is de nota ingebracht in de stuurgroep Wonen, zorg en welzijn en tot slot is iedere deelnemer aan dit overleg in de gelegenheid gesteld zijn of haar visie telefonisch aan de gemeente door te geven.<sup>1</sup> De totstandkoming van gemeentelijk gezondheidsbeleid is een dynamisch proces, ook in de toekomst zal geluisterd moeten worden naar, en gebruik gemaakt moeten worden van de ervaringen van het veld. Nieuwe inzichten zullen als gevolg hiervan in het toekomstige gemeentelijk beleid worden opgenomen.

Aan degenen die aan deze eerste nota gezondheidsbeleid Neerijnen hebben meegewerkt zeggen wij hartelijke dank.

Burgemeester en wethouders  
Neerijnen mei 2006

---

<sup>1</sup> Deelnemers aan het overleg waren, en telefonische en/of inbreng door middel van de mail is gekomen van: SWON, De Wittenberg, Stichting Thuiszorg c.a., Stichting Zorgcentra Rivierenland, GGD Rivierenland, dhr. Renckens huisarts, Woningstichting Rivierengebied, Woningbouwvereniging De Goede Woning,

## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Achtergrond en wettelijk kader</b>	<b>5</b>
1.1	Inleiding	5
1.2	Voorgeschiedenis	5
1.3	Bestaande taken van de gemeente op het gebied van de gezondheid	6
1.4	De meerwaarde van het lokaal gezondheidsbeleid	7
1.5	Het regionale kader van het lokaal gezondheidsbeleid	8
1.6	Relaties en verbanden	8
1.7	Samenvattend	9
<b>2</b>	<b>Huidige situatie</b>	<b>10</b>
2.1	Gezondheidsbeleid regio Rivierenland	10
2.2.	Huidige gezondheidsbeleid Neerijnen	10
2.3	Recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg in relatie tot het lokale gezondheidsbeleid	12
<b>3.</b>	<b>Gezondheidssituatie</b>	<b>15</b>
3.1.	Gezondheidssituatie regio	15
3.2.	Algemene gezondheidsbeeld gemeente Neerijnen	16
<b>4.</b>	<b>Structuur en organisatie</b>	<b>21</b>
4.1	Stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn Neerijnen	21
4.2	Monitoring	22
4.3	Evaluatie	22
4.4	Budget	22
<b>5.</b>	<b>Activiteitenplan nieuw beleid</b>	<b>23</b>

**Bijlage: Gezondheidsprofiel Neerijnen Tiel november 2003 (ter inzage bij de griffier)**

# Lokaal Gezondheidsbeleid Neerijnen 2006-2010.

## Hoofdstuk 1. Achtergrond en wettelijk Kader

### 1.1 Inleiding

Vanaf 1 juli 2003 hebben gemeenten de wettelijke verplichting een door de gemeenteraad vastgestelde nota Gezondheidsbeleid te hebben.

Dat is natuurlijk niet de enige reden om aan gezondheidsbeleid gemeentelijke aandacht te geven. Een belangrijke reden voor versterking van de Openbare Gezondheidszorg<sup>1</sup> is dat er nog veel gezondheidswinst te behalen valt. Winst door een langer leven voor mannen en vrouwen, winst door dit langere leven in goede gezondheid te kunnen volmaken en winst door de verschillen in gezondheid tussen de verschillende sociaal-economische rangen te verminderen. De kans op ziek worden is nu nog voor mensen met een lage opleiding of een lager inkomen groter. Ook ligt de leeftijd van overlijden bij mensen met een lager inkomen meestal vroeger dan bij mensen met een hoger inkomen.. Mensen met een hoge opleiding brengen ook meer jaren in goede gezondheid door. Omdat gezondheid blijkbaar niet gelijk over de bevolking is verdeeld zal gezondheidswinst te halen zijn door terugdringen van achterstandssituaties en door het versterken van het vermogen van mensen om goede keuzes te maken. Daarmee is al impliciet gezegd dat de gezondheidstoestand van de bevolking voor een deel bepaald wordt door factoren die niets met de gezondheidszorg te maken hebben maar alles met leefwijze, fysiek en sociale omgeving. Het is echter een utopie om te denken dat veranderingen in de omgevingsfactoren direct een grote invloed zullen hebben in de gezondheid en de gezondheidsbeleving. Veel dominante factoren zijn erfelijk bepaald en zullen niet of eerst na meerdere generaties beïnvloedbaar zijn. Andere factoren zijn infectueus van aard en zullen steeds om een eigen en gerichte aanpak vragen (zogenaamde secondaire preventie). Tot slot is het veranderen van gewoonten weerbarstig gebleken. Een en ander vraagt dus om een constante afweging van de kosten en de baat van de in te zetten middelen.

Dit alles vraagt van de gemeente een integrale benadering waarin de nadruk op samenhang en samenwerking wordt gelegd met de verschillende partijen (dus ook patiënten en cliënten) in de openbare gezondheidszorg.

### 1.2 Voorgeschiedenis

Met ingang van 1990 is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in werking gesteld. Hiermee hebben de gemeenten een leidende rol gekregen in de bevordering van de gezondheid van de bevolking. De WCPV stelt dat de gemeente verantwoordelijk is voor het verkrijgen van inzicht in de gezondheidssituatie van haar burgers en voor het treffen van maatregelen op het terrein van de gezondheidsbescherming, de preventie en de gezondheidsbevordering. Dit betekent dat de gemeente moet denken aan de gezondheidseffecten van haar besluiten en moet afstemmen met iedereen die iets te maken heeft met de gezondheid van de inwoners. Te denken valt aan huisartsen, specialisten, ziekenhuizen, het welzijnswerk, de kerken, sportvoorzieningen, bouwondernemingen.

Echter niet alleen het instandhouden van een GGD in de uitvoering van de WCPV is van belang. Ook andere beleidsterreinen zoals jeugd- en ouderenbeleid, sociaal maatschappelijk beleid en bijvoorbeeld achterstandsbeleid zijn relevante beleidsvelden die op de gezondheid van burgers van invloed zijn.

Onderzoek in de periode 1990/2000 naar de gezondheidssituatie van de burgers in Nederland toont aan dat de gezondheidsverschillen tussen sociale groepen nog steeds groot en hardnekkig zijn, en zich zonder actieve interventie niet laten terugdringen. Ook om andere redenen kan het wenselijk zijn om extra aandacht te besteden aan kwetsbare en risicogroepen. Te denken valt aan ouderen die hun partner en/of hun lichamelijke gezondheid en mobiliteit verliezen, of aan kinderen van gescheiden ouders.

Het feit dat de genoemde sociaal-economische gezondheidsverschillen in onze samenleving nog veelvuldig voorkomen is een politiek en maatschappelijk onaanvaardbaar gegeven. Immers, de overheid streeft naar gelijke gezondheidskansen voor iedereen, ongeacht sociale klasse, geslacht of culturele achtergrond. Op

---

<sup>1</sup> Openbare gezondheidszorg is dat onderdeel van de gezondheidszorg dat zich (zo nodig met andere onderdelen van de gezondheidszorg, de cure en de care) richt op de ziektepreventie, de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking door het (doen) uitvoeren van acties die gericht zijn op populaties en individuen uit deze populaties.

advies van de commissie Lemstra geeft de regering een hoge prioriteit aan het terugdringen van deze sociaal-economische gezondheidsverschillen.

De rijksoverheid streeft ernaar de gezondheidsverschillen, en in het bijzonder het verschil in gezonde levensverwachting, in 2020 met een kwart te verkleinen. Dat wil zeggen: terugbrengen van het verschil in jaren dat in goede gezondheid kan worden doorgebracht van circa 15 jaar in 2001 naar 12 jaar in 2020. Door middel van monitoring zullen de gezondheidsverschillen vierjaarlijks in kaart worden gebracht.

De commissie Albeda die gevraagd is aanbevelingen te doen die leiden tot verkleining van gezondheidsverschillen, presenteerde in mei 2000 de conclusies van haar onderzoek. De aanbevelingen richten zich op de oplossing van drie hoofdoorzaken: gedragsfactoren (roken, alcohol, drugs, eetgewoonten, weinig beweging), psychosociale factoren (o.a. stress vanwege hoge schulden) en materiële omgevingsfactoren (laag inkomen, belabberde werkomstandigheden) en het wonen in een achterstandswijk (slechte woonruimte, veiligheid, overlast).

Concreet betekenen de aanbevelingen van de commissie Albeda dat gezondheidswinst kan worden bereikt door op drie speerpunten het beleid te verbeteren. De speerpunten zijn:

1. Het vergroten van de gedragsbeïnvloeding.
2. Het verbeteren van de psychosociale factoren.
3. Het verbeteren van de leefomstandigheden in achterstandswijken.

Het is duidelijk dat deze speerpunten vertaald behoren te worden naar onder andere de beleidsterreinen lokaal (preventief) jeugdbeleid<sup>1</sup>, het ouderen en lokaal sociaal beleid.

### **1.3 Bestaande taken van de gemeente op het gebied van de gezondheid**

Door tal van wet- en regelgeving is een aantal taken op het gebied van de gezondheid bij de gemeenten gelegd. Hieronder volgt een opsomming daarvan. De drie belangrijkste wetten worden nader toegelicht. De Wcpv, die van eminent belang voor de reikwijdte van de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de gezondheid is al in de vorige paragraaf besproken.

- Grondwet
- Gemeentewet
- Welzijnswet
- Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)
- Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)
- Wet ambulancevervoer
- Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
- Wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen
- Infectieziektenwet
- Deconstructiewet
- Waterleidingwet
- Wet op de lijkbezorging

De komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) heeft gevolgen voor de Welzijnswet, de AWBZ en de Wvg. Deze zullen geheel verdwijnen (Wvg en de welzijnswet) of aanmerkelijk veranderen. De ziekenfondswet voor een deel binnen het domein van de gemeente, voorzover het gaat om de verstrekking van welzijnsgerichte hulpmiddelen.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> In een aparte nota die de gemeenteraad in zijn vergadering van april 2005 is aangeboden, is uitgebreid op de doelstelling, de reikwijdte en de werkwijze met betrekking tot de Wmo ingegaan. Daarom wordt hier volstaan met het enkel noemen van deze voor de burgers van Neerijnen bijzonder belangrijke nieuwe wetgeving.

## **Grondwet**

Artikel 22 van de grondwet geeft de overheid een taak voor de gezondheid van haar burgers. Gemeenten hebben van oudsher in die taak deelgenomen. Zo hebben gemeenten specifieke verantwoordelijkheden op het brede terrein van de volksgezondheid met betrekking tot:

1. de preventie (Wcpv-taken)
2. de “cure”, (gemeentelijke beleidstaken, afgestemd met de curatieve sector en de geestelijke gezondheidszorg)
3. de “care”(zorg voor jeugd, gehandicapten en ouderen).
4. het verslavingsbeleid, de maatschappelijke opvang (daklozen) en het maatschappelijk werk.

## **Gemeentewet**

In de oude gemeentewet werd gezondheid expliciet genoemd als één van de taken van de gemeenteraad. Zo had de gemeenteraad tot taak verordeningen op te stellen die in het belang van de zedelijkheid, de openbare orde en de gezondheid waren. In de nieuwe gemeentewet wordt enkel nog gesproken over taken die tot de huishouding van de gemeente behoren, het is aan haar om daaraan invulling te geven.

## **Welzijnswet**

In de welzijnswet is bepaald dat de gemeente verantwoordelijk is voor het welzijn van haar burgers. Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor welzijn. Expliciet is in de welzijnswet de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de maatschappelijke opvang, de vrouwenopvang en de ambulante verslavingszorg neergelegd.

### **1.4 De meerwaarde van lokaal gezondheidsbeleid**

De meerwaarde van lokaal gezondheidsbeleid is dat de gemeente meer aandacht gaat besteden aan het ontwikkelen van de inhoud en de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg, en duidelijke doelstellingen nastreeft in termen van te realiseren gezondheidswinst. Een ander belangrijk aspect van het lokale gezondheidsbeleid is dat de ontwikkeling en uitvoering tot stand komt door nauwe samenwerking tussen de zorgvragers en zorgaanbieders.

Om de kwaliteit van het lokale gezondheidsbeleid te versterken is het de bedoeling dat gemeenten vanaf 2003 lokaal gezondheidsbeleid voeren, dit beleid vierjaarlijks evalueren en de veranderingen in de zorgvraag en zorgbehoefte in kaart brengen. Deze periodieke metingen dienen als uitgangspunt om het bestaande beleid te verbeteren en zondig nieuw beleid te ontwikkelen.

Wanneer het lokale gezondheidsbeleid vertaald wordt naar de burger, de zorgaanbieder en de gemeente dan betekent dit het volgende:

#### *De burger*

Lokaal gezondheidsbeleid betekent onder andere dat de burgers van de gemeente periodiek op de hoogte worden gesteld van de algemene, en naar doelgroepen gespecificeerde, gezondheidssituatie. Uitgangspunt hierbij is dat de burger in staat moet zijn en waar nodig in staat moet worden gesteld positieve keuzes te maken over het eigen gedrag. Het houdt ook in dat zij de mogelijkheid hebben en krijgen om invloed uit te oefenen op hun sociale en fysieke omgeving en op het gemeentelijk beleid, en dat ze de nodige zorg ontvangen.

#### *De zorgaanbieders*

Voor de zorgaanbieders betekent het lokaal gezondheidsbeleid een betere afstemming van het zorgaanbod op de vraag en de zorgbehoefte. De samenwerking tussen gemeente en zorgaanbieders moet leiden tot meer efficiency en effectiever gezondheidsbeleid (maatwerk). Hier vloeit tevens uit voort dat de budgetten van de zorgverzekeraars in nauwer overleg met de gemeente en andere spelers in het veld hun bestemming krijgen.

#### *De gemeente*

Lokaal gezondheidsbeleid betekent voor de gemeente dat zij bij de beleidsvorming in de meest brede betekenis rekening houdt met de gezondheidseffecten van haar besluiten. Dit betekent dat waarschijnlijke gezondheidseffecten worden meegewogen in de beleidsvorming of zelfs toetsingscriteria zijn.

Het voorkomen van gezondheidsschade en het behalen van mogelijke gezondheidswinst vormen het uiteindelijke doel.

Daarnaast moet de samenwerking en afstemming tussen de diverse instellingen op het terrein van zorg en welzijn, evenals de samenwerking en afstemming tussen de gemeentelijke afdelingen en diensten worden bevorderd. Om het uiteindelijke doel te bereiken is het van belang de regierol van de gemeente te versterken. Verder is het belangrijk dat de gemeente het lokaal gezondheidsbeleid in brede zin naar de burgers (zorgvragers), zorgaanbieders en gemeentelijke afdelingen communiceert. Vooral de zorgaanbieders en de gemeentelijke afdelingen kunnen het lokaal gezondheidsbeleid hanteren als referentie en toetsingscriterium voor het eigen beleid.

## **1.5 Het regionale kader van lokaal gezondheidsbeleid**

Vanaf het voorjaar van 2002 is een start gemaakt met het regionaal vorm geven van het lokale gezondheidsbeleid. Dit heeft geleid tot de “Regionale startnotitie gemeentelijk gezondheidsbeleid” van de GGD. Deze notitie geeft een overzicht van bestaande gegevens, overlegvormen en de gemaakte afspraken in de regio.

In vervolg hierop hebben de regio gemeenten afgesproken de beperkte beleids capaciteit zo efficiënt mogelijk in te zetten en samen op te trekken om knelpunten en prioriteiten van gezondheidsbeleid te inventariseren. Om regionale instellingen en patiënten/consumentenorganisaties zo vroeg als mogelijk bij het beleidsproces te betrekken heeft de GGD Rivierenland twee bijeenkomsten gereorganiseerd tijdens welke zij zijn uitgenodigd over het toekomstige beleid mee te denken..

Verder is door de GGD een stramen ontwikkeld dat door de gemeenten gebruikt kan worden voor de invulling van de eigen nota.<sup>1</sup>

## **1.6 Relaties en verbanden**

Gezondheid is een buitengewoon kostbaar maar ook complex goed. Het heeft met vele gemeentelijke beleidsterreinen van doen. Een gemeente heeft, door haar besluitvorming en uitvoering van taken, direct en indirect invloed op de gezondheid van haar burgers. Gezondheid heeft daarom raakvlakken met vele andere gemeentelijke beleidsterreinen. Een aantal voorbeelden kan deze verwevenheid verduidelijken.

### *Onderwijs*

Een goed onderwijssysteem draagt bij aan betere economische perspectieven, die zoals we al eerder zagen, een positief effect heeft op de gezondheid. Een goede uitvoering van de leerplichtwet blijkt hierdoor indirect van groot belang voor de gezondheid. Scholen leveren daarnaast een bijdrage aan het bevorderen van gezonde leefgewoonten van de jeugd.

### *Ruimtelijke ordening en volkshuisvesting*

Mensen moeten zich thuis en veilig voelen in de ‘eigen’ woning en woonomgeving. Er moeten daarom voldoende aangepaste en aanpasbare (levensloopbestendige) woningen zijn voor ouderen en gehandicapten. Vooral voor deze groep is het van belang dat in de nabije omgeving voorzieningen (zoals winkels en eerstelijnszorg) aanwezig zijn en dat er bijvoorbeeld voldoende thuiszorg geleverd kan worden. Hoe beter mensen zich in de eigen omgeving kunnen handhaven hoe beter het met hun gezondheid zal zijn.

### *Verkeer en vervoer*

Bij aanleg, renovatie en onderhoud van de verkeers- en vervoersinfrastructuur dient veiligheid voorop te staan. Maar ook door controles van snelheid en het dragen van een helm kan het aantal ongelukken worden teruggebracht.

### *Sociale Zaken*

Door allerlei maatregelen wordt bevorderd dat mensen zoveel en zo snel als mogelijk weer een plaats krijgen op de arbeidsmarkt en daardoor een betere economische positie. Door het verstrekken van adequate voorzieningen in het kader van onder meer de Wet voorzieningen gehandicapten wordt een bijdrage geleverd aan het langer zelfstandig wonen en daarmee veelal het welbevinden van mensen.

### *Milieu*

Door handhaving van de regelgeving om te komen en tot behoud van een schone leefomgeving en woonomgeving wordt een belangrijke bijdrage aan de volksgezondheid geleverd.

---

<sup>1</sup> GGD Rivierenland: Regionale Startnotitie Gemeentelijk Gezondheidsbeleid -april 2002-.

## 1.7 Samenvattend

Samenvattend kan het kader van het lokale gezondheidsbeleid als volgt worden aangeven:

- Lokaal gezondheidsbeleid richt zich op de algemene zorgvraag en niet op de individuele zorgvraag.
- Lokaal gezondheidsbeleid richt zich op een aanbod aan activiteiten dat burgers stimuleert tot gezond gedrag.
- Lokaal gezondheidsbeleid richt zich op die onderdelen van gezondheidszorg waarop de lokale overheid daadwerkelijk invloed heeft.
- Lokaal gezondheidsbeleid is het resultaat van een continue bijdrage van zorgaanbieders en zorgvragers aan de aanpak van gezondheidsproblemen.
- En tot slot, lokaal gezondheidsbeleid moet zoveel mogelijk aansluiten aan al bestaande structuren en activiteiten



## Hoofdstuk 2 Huidige situatie

### 2.1 Gezondheidsbeleid regio Rivierenland<sup>1</sup>

In Rivierenland vinden veel activiteiten plaats die als gezondheidsbeleid gezien kunnen worden. In de regionale startnotitie van de GGD wordt uitgebreid op diverse onderdelen ingegaan., Daarnaast wordt ook binnen de gemeente op diverse deelterreinen beleid geformuleerd.

Voor de volledigheid worden in deze paragraaf de diverse beleidsterreinen het kort aangestipt.

#### *Jeugdbeleid*

Het Platform Jeugdbeleid richt zich op afstemming op het terrein van jeugdzorg, jeugdhulpverlening en jeugdgezondheidszorg. Recente thema's zijn het opzetten van een netwerk voor opvoedingsondersteuning en de integratie jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen.

#### *Geestelijke gezondheidszorg*

De regiovisie Geestelijke Gezondheidszorg heeft als doel het verbeteren van de samenhang in de zorg en de aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag. Er wordt o.a. gewerkt aan het aanbod van basisvoorzieningen in de regio.

Een ontwikkeling die in de toekomst invloed heeft op gemeentelijk beleid is de vermaatschappelijking van de zorg. Steeds meer mensen met een aandoening of beperkingen leven midden in de maatschappij in plaats van in een instelling. Met alle consequenties van dien voor beleidsterreinen als wonen, werk en welzijn.

#### *Ouderen*

Er bestaan twee regiovisies ouderenbeleid: Rivierenland en Bommelerwaard. Tot nu toe is vooral aandacht besteedt aan de afstemming van de zorg. In de toekomst komt meer aandacht voor aspecten als wonen, welzijn en vervoer.

Op het gebied van preventie wordt een integraal aanbod ontwikkeld voor beide regio's.

*In de vergadering van de gemeenteraad is in november 2004 de Inventarisatie Dienstverlening aan ouderen aan de orde geweest. Hierin zet de gemeente sterk in op haar regiefunctie om de doelstellingen op de gebieden van wonen, zorg en welzijn, in samenwerking met anderen (professionals en vrijwilligers), te bereiken.*

#### *OGGZ/MO*

De Stuurgroep OGGZ en Preventie richt zich op het ontwikkelen van een aanbod voor mensen die niet zelfstandig of vrijwillig gebruikmaken van beschikbare voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg. In dit kader is bijvoorbeeld het Meldpunt Bijzondere Zorg van start gegaan. Een knelpunt is op dit moment de opvangmogelijkheden in de regio voor jeugdige dak- en thuislozen. Een aanbod voor vrouwenhulpverlening en –opvang wordt ontwikkeld.

#### *Preventie*

De Stuurgroep OGGZ en Preventie buigt zich ook over de afstemming van preventieactiviteiten in de regio. Aandachtspunt voor de toekomst is het verkleinen van sociaal economische gezondheidsverschillen.

#### *Afstemming curatieve gezondheidszorg*

In de regio bestaan twee overleg structuren voor de curatieve gezondheidszorg, het FSIO, samenwerkingsverband van zorgaanbieders in de Bommelerwaard en TRAZOR in Rivierenland. Deze samenwerkingsverbanden hebben tot doel de afstemming tussen verschillende zorgaanbieders te verbeteren. Tot nu toe is de samenwerking vooral gericht op de curatieve zorg, het inrichten en afstemmen van zorgketenprocessen (care), maar ook de vermaatschappelijking van de zorg speelt een rol, bijvoorbeeld het aanbieden van zorgtaken extramuraal.

#### *ROEK (Rivierenland Op Eigen Kracht)*

ROEK is een breed samenwerkingsverband over de visie op de regio Rivierenland op de lange termijn met als doel de regio als één naar buiten te kunnen laten treden.

---

<sup>1</sup> Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Buren 2005-2007

### *Veiligheid*

*Het portefeuillebeeraad Openbare Orde en Veiligheid buigt zich over dit thema voor de regio. Inmiddels zijn de 'alarmdiensten' (politie, ambulance en brandweer) volgens eenzelfde regio-indeling bestuurlijk en letterlijk onder één dak gekomen (2004) en is er één meldkamer voor de drie diensten tot stand gebracht. De veiligheidsvoorzieningen in de regio zijn hierdoor aanmerkelijk beter gestructureerd.*

### *Eerstelijns gezondheidszorg (huisartsenzorg)*

Het landelijke tekort aan huisartsen is ook merkbaar in deze regio. En dit zal nog toenemen in de komende jaren, blijkt uit een onderzoek van de Districts Huisartsen Vereniging. Vergelijkbare problemen spelen bij andere beroepsgroepen zoals verloskundigen, tandartsen etc.

### *Ambulante verslavingszorg*

*In Regio Rivierenland dragen de gemeenten bij aan het in stand houden van de ambulante verslavingszorg in de regio.*

### *Lichamelijk en verstandelijk gehandicapten*

Het Platform voor verandering en vernieuwing in de Gehandicaptenzorg Zuid-Gelderland praat over afstemming en verandering van de gehandicaptenzorg.

### *Milieu en gezondheid*

De GGD adviseert burgers en gemeenten op het gebied van medische milieukunde. Rondom thema's en incidenten vindt overleg plaats tussen de GGD en het portefeuillebeeraad Ruimtelijke Ordening of het portefeuillebeeraad Milieu over raakvlakken met gezondheid. In de toekomst kan eventueel meer overleg plaatsvinden over de gezondheidseffecten van plannen op het gebied van ruimtelijke ordening.

## **2.2 Huidige gezondheidsbeleid Neerijnen**

De Wet collectieve preventie volksgezondheid stelt het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van en beperken van de gevolgen van ziekten, centraal.

Aan de uit de Wcpv voortvloeiende taken wordt door Neerijnen onder andere via de GGD Rivierenland en de stichting Thuiszorg en Maatschappelijk Werk Rivierenland uitvoering gegeven door het ontplooiën van verschillende activiteiten.

De GGD Rivierenland is een belangrijke uitvoerder van gemeentelijke taken op het gebied van collectieve preventie. De taken van de GGD zijn beschreven in het productenboek, dat tot stand is gekomen in overleg met de betrokken gemeenten. Deze taken zijn verdeeld in drie categorieën: basistaken, basisplus-taken en plustaken. De basistaken zijn die activiteiten die de gemeente volgens de WCPV in stand moet houden. Hierover is dan ook geen discussie gevoerd.

De basisplus-taken zijn taken die in opdracht van de *Regio Rivierenland* gemeenten uitgevoerd worden door de GGD.

Hierover is dus overeenstemming bereikt met alle gemeenten en deze taken worden voor elke gemeente hetzelfde uitgevoerd. Bij de ontwikkeling van een nieuw productenboek in 2006 wordt de discussie hierover opnieuw gevoerd.

Daarnaast zijn er nog de plustaken. Dit zijn taken die een individuele gemeente kan inkopen bij de GGD, onafhankelijk van de andere gemeenten.

Voor een beschrijving van de taken zie Productencatalogus GGD Rivierenland en Productenoverzicht GGD Rivierenland, beide uit 2002<sup>1</sup>.

### *Epidemiologie*

Om inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de bevolking voert de GGD gezondheidspeilingen uit. De resultaten van deze peilingen worden gebruikt voor het ontwikkelen van gezondheidsbeleid. De vragenlijsten voor de peilingen worden door de GGD in samenwerking met de gemeenten opgesteld. Binnen de peilingen worden drie groepen onderscheiden: jeugd (12-17 jaar) (onderzoek uit 2003), volwassenen (18 t/m 64 jaar) (nog geen gegevens beschikbaar) en ouderen (65 t/m 84) (onderzoek in 2005, in 2006 zijn de

---

<sup>1</sup> GGD Rivierenland, Productencatalogus en Productenoverzicht, maart 2002.

resultaten bekend). Het voornemen bestaat deze groepen per toerbeurt te onderzoeken. Nadere afspraken over de praktische invulling hiervan moeten nog worden gemaakt.

#### *Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg*

De GGD heeft deskundigheid op het terrein van collectieve preventie en functioneert op het raakvlak tussen overheid en gezondheidszorg. Concreet worden op dit terrein de volgende basisactiviteiten ontplooid:

- Advisering op basis van opgebouwde kennis of al verzamelde gegevens.
- Deelname aan (regionale) samenwerkingsverbanden op het terrein van de Openbare gezondheidszorg en curatieve zorg, zoals de ontwikkeling van regiovisies.
- Coördinerende werkzaamheden op het terrein van de regionale Openbare Gezondheidszorg.

#### *Gezondheidsbevordering*

De GGD richt zich op gezondheidsbevordering van de bevolking en vooral op het verkleinen van gezondheidsverschillen. Activiteiten, zoals preventieprogramma's, gericht op het vergroten van kennis over gezondheid, ziekten en gezondheidsvoorzieningen dragen daaraan bij.

#### *Bevolkingsonderzoeken*

De bevolkingsonderzoeken op het gebied van borstkanker en baarmoederhalskanker hebben tot doel om door middel van vroegopsporing bij te dragen aan de preventie van deze ziekten.

#### *Medische milieukunde*

De werkzaamheden richten zich op de invloeden van het milieu op de gezondheid van mensen. Zowel het binnenmilieu als het buitenmilieu behoren tot het aandachtsveld. De GGD levert de eerstelijns medisch milieukundige deskundigheid.

#### *Technische hygiënezorg*

Het bevorderen van het hygiënisch handelen ter voorkoming van ziekten is een basistaak van de GGD. De GGD is dan ook het adviescentrum betreffende hygiëne voor zowel de gemeenten als de inwoners. Speciale aandacht wordt geboden aan risicogroepen (jonge kinderen en ouderen) en risicovolle omstandigheden vooral in of rondom openbare gelegenheden. Het Rijk stelt aan gemeenten extra gelden ter beschikking voor toezicht op de kwaliteit van de kinderopvang. De peuterspeelzalen worden een keer per twee jaar gecontroleerd op hygiëne en veiligheidsaspecten.

#### *Openbare geestelijke gezondheidszorg*

OGGZ is gericht op alle terreinen van de geestelijke volksgezondheid die niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag worden uitgevoerd. Hierbij is onderscheid te maken in directe hulpverlening, zorg en preventie voor risicogroepen en de collectieve GGZ: preventie, gezondheidsbevorderende en –beschermende activiteiten. Het doel van OGGZ is het voorkomen dat mensen ernstige geestelijke gezondheidsproblemen krijgen waardoor ze deskundige hulp nodig hebben. Dit wordt in de regio uitgevoerd samen met andere instellingen via het OGGZ-platform

#### *Infectieziektebestrijding*

De infectieziektebestrijding omvat alle besmettelijke ziekten die een gevaar kunnen opleveren voor de gezondheid van de inwoners in het werkgebied van de GGD.

#### *Zorg voor nul- tot negentienjarigen (jeugdgezondheidszorg)*

De openbare gezondheidszorg voor 0 tot 4 jarigen wordt verzorgd door de Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk Werk Rivierenland, de zorg voor de 4 tot 19 jarigen wordt geleverd door de GGD. De GGD verzorgt ook logopedische screening en (beperkte) begeleiding.

### **2.3 Recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg in relatie tot het lokale gezondheidsbeleid**

#### *Vermaatschappelijking van zorg*

In de afgelopen 10 jaren is een proces op gang gekomen dat wordt aangeduid als de vermaatschappelijking van de zorg. Dit houdt in dat de zorg, die voorheen binnen de muren van grote instellingen/instituten werd verleend, in toenemende mate in de eigen woon- en leefomgeving wordt aangeboden. Het gaat daarbij vooral om zorgbehoevende ouderen, mensen met een verstandelijke of lichamelijke handicap en (ex-) psychiatrische patiënten.

Op deze wijze wordt meer recht gedaan aan hun (potentiële) mogelijkheden en aan hun eigen wens een volwaardige plek temidden van de samenleving in te nemen.

Opname in instellingen (intramurale zorg) wordt beperkt tot zorgvragers met een zware of specifieke zorgbehoefte. Voor de overige zorgvragers wordt er meer deeltijdzorg ontwikkeld, waaronder dagbesteding, begeleid wonen en ambulante zorg.

Bij ambulante zorg wordt de zorg aangeboden bij de mensen thuis en niet in een intramurale setting. Ook komt er meer zorg in kleinschalige woonvoorzieningen buiten de zorginstellingen (extramurale zorg). Het proces van vermaatschappelijking heeft grote gevolgen voor gemeenten en woningcorporaties (denk aan: de bouw van aangepaste woningen en de daarbij behorende infrastructuur), welzijnsorganisaties en de lokale samenleving.

In Neerijnen is de stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn, bezig om voor de doelgroepen ouderen, chronisch zieken en gehandicapten de kwalitatieve en kwantitatieve vraag naar voorzieningen op de gebieden wonen, zorg en welzijn in te vullen, waarbij een samenhangend aanbod geleverd wordt dat inspeelt op de huidige en toekomstige vraag en het in gezamenlijkheid in stand houden van de voorzieningen. De werkgroepen: wonen, zorg, welzijn en woonzorgvoorziening richten zich ieder voor een deel op de realisering van deze integrale visie zoals in de afzonderlijke actieplannen: beleidsmatige en inhoudelijke afstemming, woonzorgvoorziening in Ophemert, realisatie voldoende geschikte woningen, ontwikkeling nieuwe welzijnsproducten en realisatie zorgcontinuüm, tot uitdrukking wordt gebracht.

In onze gemeente worden plannen om wonen, welzijn en zorg voor kwetsbare mensen te organiseren door middel van de realisatie van een woonzorgvoorziening in Ophemert ontwikkeld. Wonen, welzijn, en zorg vormen aanvullende en elkaar beïnvloedende elementen.

De woningen moeten geschikt zijn om de benodigde zorg te kunnen bieden en de ondersteunende welzijnsactiviteiten zijn van belang om zelfstandig te kunnen blijven wonen. De realisering van een woonzorgvoorziening is nagenoeg gelijk voor de kernen van de gemeente Neerijnen, maar de condities die voor de realisering van belang zijn, kunnen per kern verschillen.

De kernen (dorpen) kennen nog geen steunpunt voor ouderen. Inmiddels wordt bekeken welke relaties gelegd kunnen worden met de Multi Functionele Centra in Haaften en Ophemert. *Het MFC in Haaften zal vanaf 2006 worden gerealiseerd. Voor het MFC Ophemert moet de finale financiering nog gevonden worden.*

#### *Openbare geestelijke gezondheidszorg*

Mede als gevolg van de vermaatschappelijking van de zorg is de betrokkenheid van gemeenten bij de geestelijke gezondheidszorg gegroeid. In het bijzonder de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) behoort tot het terrein van de gemeentelijke overheid.

OGGZ richt zich op de zorg voor hen die niet zelf om geestelijke gezondheidszorg vragen die zij nodig hebben. Kenmerk van deze zorg is het ontbreken van een hulpvraag en soms ook van de medewerking van de personen waarop de activiteiten zijn gericht: ook wel “zorgwekkende zorgmijders” genoemd. Hierbij kan gedacht worden aan kwetsbare groepen, zoals chronisch psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen met (geestelijke) gezondheidsproblemen, mensen met een problematisch gedrag als zelfverwaarlozing en huisvervuiling, verslaafden met een dubbele diagnose, sociaal geïsoleerde en eenzame ouderen, thuiswonende dementerenden en probleemjongeren. In de Stuurgroep OGGZ en Preventie wordt in de regio samengewerkt op het ontwikkelen van een aanbod, met name de opvang van jeugdige dak- en thuislozen vormt een punt van aandacht. *Door Nijmegen, als centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang, zal voor dit probleem een oplossing geboden moeten worden, die aansluit op de noden in Rivierenland. In Tiel is er naast dagopvang de mogelijkheid voor crisisopnamen (acute psychiatrie) bij Siependaal (GGZ afdeling van de Gelderse Roos). Specifieke vrouwenopvang kan de regio niet bieden. Neerijnen kampt regelmatig met het probleem van dak- en thuislozen die als gevolg van het ontbreken van opvangmogelijkheden de auto als slaapplek hebben. Dit probleem zal waarschijnlijk groter worden na sluiting van de camping in Tuil waar veel potentieel dak- en thuislozen onderdak vinden.*

#### *Modernisering Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*

Ook de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is belangrijk voor de verdere ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid. De vernieuwde AWBZ stelt de cliënt centraal, streeft naar levering van zorg op maat, stimuleert vermaatschappelijking van de zorg en bevordert de doelmatigheid.

Het zorgkantoor, als uitvoeringsorgaan van de AWBZ, heeft via de vernieuwde AWBZ meer mogelijkheden gekregen om zelf beslissingen te nemen over het budget voor de uitvoering van deze wet. Samenwerking van de gemeenten met het zorgkantoor is van groot belang, aangezien het zorgkantoor een beleidsvisie dient te ontwikkelen, die veel raakvlakken heeft met gemeentelijke beleidsterreinen, zoals de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), het ouderen- en gehandicaptenbeleid en de OGGZ evenals de hieronder vermelde regiovisies.

#### *Regiovisies*

Teneinde een betere afstemming van vraag en aanbod c.q. het vergroten van vraagsturing (zorg op maat) tot stand te brengen, voorwaarden te realiseren voor vermaatschappelijking van de zorg en richting te geven aan de inzet van middelen en instrumenten worden onder regie van de provincie in de verschillende regio's zgn. regiovisies opgesteld.

Bij de ontwikkeling van de regiovisies zijn de zorgvragers/cliënten, de zorgaanbieders, het zorgkantoor/de financier, de gemeenten en de provincie betrokken. De regiovisies vormen een kader voor de ontwikkeling van het regionale beleid en voor een advies van de provincies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor een landelijke, sectorale visie op zorg.

In de provincie Gelderland worden daarbij de volgende doelgroepen/sectoren onderscheiden:

- verzorging en verpleging (ouderen, chronisch zieken en gehandicapten);
- lichamenlijk, zintuiglijk en meervoudig gehandicapten;
- verstandelijk gehandicapten;
- geestelijke gezondheidszorg;
- jeugd.

In dit kader dient de regiovisie verzorging en verpleging van de subregio Rivierenland te worden vermeld. Daarin is door middel van een inventarisatie van knelpunten en wensen aan een aantal kernthema's of actieprogramma's prioriteit verleend, te weten:

- werken aan een evenwichtige spreiding van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en hieraan gerelateerde dienstverlening;
- behoud en versterking van de informele zorg, waarbij de ontwikkeling van een heldere ondersteuningsstructuur voor vrijwilligers, mantelzorgers en zelfhulpgroepen uitgangspunt is;
- preventieve zorg, waarbij het mobiliseren van vitale krachten van burgers, gericht op leefstijl en sociaal milieu, ter bevordering van de zelfredzaamheid centraal staat.

#### *Integratie jeugdgezondheidszorg*

De taken voor de jeugdgezondheidszorg zijn uitgebreid. Voorheen was de gemeente verantwoordelijk voor de zorg voor 4 – 19 jarigen, nu valt ook de zorg voor 0 – 4 jarigen (de consultatiebureaus) onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid. Vooralnog heeft de gemeente Neerijnen ervoor gekozen om deze taak te laten uitvoeren door de thuiszorginstelling, zoals voorheen. De GGD Rivierenland en de Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk Werk hebben daarnaast duidelijke afspraken gemaakt over een integrale aanpak van de Jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen.

De jeugdgezondheidszorg behelst in ieder geval het systematisch volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van factoren die de gezondheid bevorderen en bedreigen, het ramen van de behoefte aan zorg, het vroegtijdig opsporen van specifieke stoornissen en het aanbieden van de rijksvaccinaties, het geven van voorlichting, advies en begeleiding en het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

## Hoofdstuk 3 Gezondheidssituatie

Inzicht in de gezondheidssituatie is de basis voor gezondheidsbeleid.

Bij de beschrijving van de gezondheidssituatie is gebruik gemaakt van het gezondheidsprofiel<sup>1</sup> dat de GGD Rivierenland in opdracht van de regio gemeenten heeft opgesteld.

### 3.1 Gezondheidssituatie regio<sup>2</sup>

Er is een profiel opgesteld voor de regio Rivierenland en voor elke gemeente afzonderlijk. De onderwerpen van de gemeentelijke profielen komen overeen met de onderwerpen van het regionale profiel.

De gegevens in het Gezondheidsprofiel omvatten demografische gegevens, inkomen, opleiding, sterftecijfers, ziekenhuisontslag diagnoses, het vóórkomen van kanker en infectieziekten, deelname aan het rijksvaccinatieprogramma en voorzieningen in de gezondheidszorg in de regio. Er zijn geen gegevens opgenomen over de leefstijl in de regio, zoals roken, alcohol- en drugsgebruik, lichaamsbeweging en voeding, omdat deze niet voorhanden zijn. Wel zijn gegevens opgenomen over de verkeersveiligheid en de registratie van voortijdige schoolverlaters van het RMC (Regionaal Meld en Coördinatiepunt voortijdige schoolverlaters).

De conclusies die uit het gezondheidsprofiel getrokken kunnen worden hebben ook hun beperkingen. Zo kunnen geen relaties gelegd worden tussen de verschillende bevindingen, omdat deze afkomstig zijn uit verschillende registraties. Tevens kunnen er geen uitspraken worden gedaan over de oorzaken van ziekten. Chronische ziekten ontbreken grotendeels, omdat deze onvolledig in bestaande registraties terug te vinden zijn.

De hieronder genoemde bevindingen zijn overgenomen uit het hoofdstuk 'Conclusies en aanbevelingen' van het Gezondheidsprofiel.

#### Sterfte aan gedragsgerelateerde ziekten

In Rivierenland ligt het sterftecijfer voor zowel mannen als vrouwen 4% hoger dan in Nederland. Deze sterfte wordt voornamelijk veroorzaakt door verhoogde sterfte aan hart- en vaatziekten. Vooral de CVA's (Cerebro Vasculaire Accidenten, stoornissen in de bloedvoorziening van de hersenen) zijn verhoogd. Bij zowel mannen als vrouwen liggen deze met ongeveer 25% hoger. Daarnaast is de sterfte aan longkanker bij mannen verhoogd.

#### SES in relatie tot ziekten

Landelijk is bekend dat een lage sociaal-economische status (SES) gepaard gaat met een ongunstige gezondheid, een hoge sterfte en 'slechte' leefstijl (bron: RIVM, 2002). De SES wordt bepaald door inkomen, opleiding en beroep. In Rivierenland zijn de mensen over het algemeen lager opgeleid dan in Nederland. Ook het gemiddeld besteedbare inkomen per inwoner van Rivierenland ligt iets lager dan in Nederland. Echter, het besteedbare inkomen per persoon die 52 weken per jaar een inkomen heeft is vergelijkbaar met Nederland. Dit betekent dat personen die geld verdienen in Rivierenland niet minder geld verdienen dan in Nederland maar dat het besteedbare inkomen per inwoner (inclusief personen die niet werken) in Rivierenland iets lager ligt dan in Nederland.

Een achterstand in opleiding en (deels) inkomen kan een verklaring zijn voor risicogedrag dat verantwoordelijk is voor de verhoogde mate waarin sterfte in Rivierenland, vooral aan hart- en vaatziekten voorkomt.

Het verbeteren van opleidingsmogelijkheden kan de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) verkleinen. Zo werken organisaties als het RMC hier aan. Het RMC heeft tot doel om voortijdige schoolverlaters te registreren en deze te begeleiden naar een passend leertraject of leerwerktraject. Het streven daarbij is het behalen van een startkwalificatie, een diploma op mbo-2 of havo-niveau (bron: RMC).

#### Psychische aandoeningen

Er worden in Rivierenland meer mensen met psychische stoornissen in een ziekenhuis opgenomen dan in Nederland. Mannen worden 49% vaker opgenomen voor psychische stoornissen en vrouwen 43% vaker.

<sup>1</sup> GGD Rivierenland Gezondheidsprofiel 2003

<sup>2</sup> nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Buren 2005-2007

Dit betreft psychiatrische stoornissen, het geeft niet aan in welke mate psychosociale problemen voorkomen in de bevolking. De door ons gevonden gegevens zijn op zichzelf verontrustend en de gegevens liggen op één lijn met bevindingen van onderzoeken uit 1990 (bron: gezondheidsenquête 1990) en 1996 (bron: jongerenenquête 1996). In deze onderzoeken werd ook gevonden dat de psychosociale problematiek in Rivierenland ongunstiger is dan in andere regio's. Dit wordt in het veld herkend; hulpverleners zien een toename in psychosociale problematiek in de regio. Er wordt daarbij wel aangegeven dat feitelijke gegevens ontbreken en dat er behoefte is aan recente gegevens over het vóórkomen en het type psychosociale problematiek in de regio. Ook over risicogroepen hebben we geen regionale gegevens. Tenslotte ontbreekt kennis over de aansluiting van zorgbehoefte en –aanbod zoals de bevolking deze ervaart. Deze gegevens zijn nodig om doelgroepgericht te kunnen werken en in te kunnen spelen op specifieke regionale problemen. Het verdient aanbeveling om onderzoek hiernaar te verrichten. Psychische aandoeningen zorgen niet alleen voor een groot verlies aan kwaliteit van leven en drukken zwaar op het zorgbudget, maar vormen ook de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid bij jongeren (bron: RIVM, 2002).

### **Ziekten van ademhalingsorganen**

In Rivierenland is de sterfte aan ziekten van de ademhalingsorganen (longontsteking, CARA) onder mannen 12% hoger dan in Nederland. Zoals al eerder vermeld is ook de sterfte aan longkanker bij mannen hoger dan in Nederland. Daarbij is de sterfte aan longkanker bij mannen in Nederland één van de hoogste in Europa (bron: VTV).

Tenslotte worden mannen vaker in een ziekenhuis opgenomen voor astma of overige longobstructie. Chronische longziekten zorgen in Nederland, samen met coronaire hartziekten en psychische aandoeningen, voor het grootste verlies aan kwaliteit van leven.

### **Chronische ziekten**

Chronische ziekten en handicaps worden in dit rapport onderbelicht omdat deze onvolledig in bestaande registraties terug te vinden zijn. Deze zorgen echter wel voor een aanzienlijke ziektelast en voor beperkingen in het dagelijkse leven. Er kan dan ook voor gekozen worden deze in het lokale gezondheidsbeleid een belangrijke rol te geven. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan huisvesting- en vervoersmaatregelen.

Voor een nadere uitleg en toelichting wordt u verwezen naar het rapport “gezondheidsprofielen Rivierenland” uit 2003.

### **3.2 Algemene gezondheidsbeeld gemeente Neerijnen**

Om het gezondheidsbeeld te kunnen schetsen is een beroep gedaan op de resultaten van periodieke gezondheidsenquêtes van de GGD-Rivierenland en relevante onderzoeken die bij de gemeente beschikbaar zijn. Het gaat om:

- Gezondheidsprofiel Neerijnen: rapport van de GGD van november 2003.
- Leefstijl en gezondheid van jongeren in de regio Rivierenland 2004: resultaten van het e-movo onderzoek naar gezondheid, welzijn en leefstijl onder leerlingen van de tweede en de vierde klas.
- Blik vooruit op de zorgvraag van het Gelders informatie- & documentatiecentrum voor zorg en welzijn (2005)
- “Oude bomen moet je niet verplanten”, een onderzoek naar de wensen van 60 plussers in Neerijnen op het gebied van wonen, welzijn en zorg.
- Afdeling burgerzaken: bevolkingcijfers per 01-01-2005

### **Belangrijke bevindingen gemeente Neerijnen**

Hieronder worden enkele belangrijke resultaten uit het gezondheidsprofiel 2003 (aangevuld met bevolkingcijfers per 1 januari 2005 en met het e-movo onderzoek naar gezondheid, welzijn en leefstijl onder jongeren in Oost-Nederland) weergegeven.

- De gemeente Neerijnen heeft een relatief jonge bevolking. Circa 21,6 van de bevolking bestaat uit personen van 0 t/m 14 jaar.
- In Neerijnen zijn procentueel minder éénpersoonshuishoudens (21%) dan in Nederland (34%).
- In verhouding zijn in Neerijnen meer gezinnen met twee ouders (41%) dan in Nederland (30%).
- Het gemiddeld besteedbaar inkomen van de gemeente Neerijnen is vergelijkbaar met Nederland.
- *Van de bevolking van 15 tot 65 jaar in de gemeente Neerijnen is circa 28% laag opgeleid. Voor Nederland is dit getal circa 39%.*

- In de gemeente Neerijnen wordt 33% van de sterfte door ziekten van hart en vaatstelsel. Verder vormen nieuwvormingen (waaronder tumoren) een belangrijke doodsoorzaak (circa 25%).
- Mannen worden vooral voor een ziekte aan hart- en vaatstelsel opgenomen in een ziekenhuis. Voor vrouwen vormen complicaties bij zwangerschap, bevalling en kraambed de grootste categorie voor ziekenhuisopname, gevolgd door ziekten van hart- en vaatstelsel.
- De vaccinatiegraad in de gemeente Neerijnen is lager dan in Nederland. De vaccinatiegraad voor DTP (Difterie, Tetanus en Polio) bedraagt 86,2% (Nederland 95,1%). De vaccinatiegraad voor BMR (Bof, Mazelen en Rode Hond) bedraagt 86,2% en is eveneens lager dan in Nederland (95,9). Regio Rivierenland behaalt een **lagere** vaccinatiegraad dan het landelijke gemiddelde en drie gemeenten, **waaronder Neerijnen**, halen de gestelde norm van 90% niet. Hierdoor bestaat lokaal een **verhoogd risico** op een in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) opgenomen infectieziekte.
- Ruim 57% van alle verkeersslachtoffers in Neerijnen bestaat uit automobilisten. 21,6% van alle verkeersslachtoffers bestaat uit bromfietzers en 9,2% van de slachtoffers gebruikt de fiets als vervoermiddel in Neerijnen.
- Het aandeel jongeren (0 tot 24 jaar) onder de verkeersslachtoffers bedraagt 47,0%. Het aandeel ouderen (> 54 jaar) onder de slachtoffers bedraagt 8,6%. Dat betekent dat een jongere in Neerijnen 3,25 keer een grotere kans heeft op een verkeersongeluk dan ouderen vanaf 54 jaar, dan op grond van de aanwezigheidsfrequentie verwacht mag worden.
- Jongeren uit Neerijnen wijken op een aantal punten af van jongeren uit de regio Rivierenland en Oost Nederland. Zo zijn er relatief meer jongeren die het VMBO volgen. Het aandeel jongeren van allochtone afkomst ligt lager. In Neerijnen zijn er meer leerlingen die zeven uur per week of meer bewegen dan in regio Rivierenland en Oost Nederland. Tevens zijn er meer leerlingen die aan de Nederlandse norm voor gezond bewegen voldoen..
- Op een aantal punten scoort Neerijnen met haar jongeren slechter dan de regio Rivierenland en Oost Nederland. Meer leerlingen zijn ernstig psychisch ongezond en meer jongeren hebben vaak suïcidegedachten. In Neerijnen zijn er meer jongeren die al wel eens dronken zijn geweest. Er waren meer jongeren die wel een hard drugs hebben gebruikt. Tevens dragen meer jongeren een wapen.
- Van de ouderen in Neerijnen voelt 27,5% (vrouwen 34,4%) zich wel eens eenzaam..
- Ruim een derde van de ouderen heeft behoefte aan hulp bij het runnen van hun huishouden, maar 3% geeft aan die hulp te ontberen. De hulpbieders zijn: instelling 36%, particuliere hulp 20% en vrijwilligers (mantelzorg) 43%.
- Ook een derde van de ouderen denkt na over een eventuele verhuizing, waarbij de verhuisgeneigdheid naarmate men ouder wordt duidelijk afneemt. Van 75 jarige en ouder wil driekwart niet meer verhuizen.
- De wens om te verhuizen wordt vaak ingegeven doordat de huidige woning niet is aangepast aan (verwachte) lichamelijke beperkingen. Bij een eventuele verhuizing wil driekwart binnen de eigen kern blijven.

### Kanttekeningen

Dit gezondheidsprofiel geeft inzicht in de gezondheidssituatie van de gemeente Neerijnen. Het is (in 2003) een eerste inventarisatie van gegevens verzameld uit bestaande registraties. Door de lage aantallen is het niet altijd mogelijk lokale cijfers te vergelijken met landelijke gegevens. Dit geldt bijvoorbeeld voor de sterftecijfers en de ziekenhuisontslag diagnoses. Op regionaal niveau zijn de aantallen groter, waardoor de vergelijking met Nederland wel mogelijk is.

De uitkomsten van het gezondheidsprofiel Neerijnen komen grotendeels overeen met het gemiddelde in de regio Rivierenland. Daarom wordt voor vergelijkingen met Nederland aanbevolen gebruik te maken van het regionale gezondheidsprofiel.

In Neerijnen is de belangrijkste doodsoorzaak hart- en vaatziekten en worden mannen voornamelijk in een ziekenhuis opgenomen vanwege een ziekte aan dit stelsel. Deze bevindingen zijn voor Rivierenland niet anders. Ook op de meeste andere onderwerpen wijkt Neerijnen niet wezenlijk af van Rivierenland. De conclusies en aanbevelingen uit het regionale rapport gelden dan ook voor de gemeente Neerijnen.



### **Toelichting aanbevelingen**

In het kader van het ontwikkelen van gezondheidsbeleid is op 21 november 2002 een strategische startbijeenkomst gezondheidsbeleid gehouden waar vertegenwoordigers van instellingen en gemeenten met elkaar van gedachten wisselden over gezondheidsbeleid. Eén van de uitkomsten van deze bijeenkomst was dat onderzoeksresultaten zich niet moeten beperken tot het aangeven van problemen, maar ook oplossingsrichtingen aan moeten geven.

De onderstaande aanbevelingen geven dan ook niet alleen problemen weer, maar geven een aanzet voor beleidskeuzes. De GGD geeft met de startnotitie en dit gezondheidsprofiel een aanzet om te komen tot prioriteiten. De uiteindelijke beleidsontwikkeling en de keuzes daarin liggen bij de gemeenten.

De resultaten van dit gezondheidsprofiel hebben de gemeenten gebruikt voor de eerste nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Hieronder wordt een aantal aanbevelingen gegeven. Deze komen voor een groot deel overeen met de aanbevelingen uit het regionale gezondheidsprofiel. Dit komt omdat de gezondheidssituatie in Neerijnen grote overeenkomsten vertoont met de situatie in de regio en daarmee vergelijkbare problemen kent, en omdat de aantallen in Neerijnen te klein zijn voor een goede vergelijking met Nederland. Naast deze aanbevelingen kunnen ook andere gegevens uit het rapport, bijvoorbeeld verkeersongevallen voor de gemeente Neerijnen aanleiding zijn om prioriteit te geven in hun (facet)beleid, en dit in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid verwerken. Zie hierbij de enorme discrepantie in het relatieve vóórkomen van verkeersslachtoffers tussen de leeftijdsgroepen 0-24 jaar en vanaf 55 jaar.

### **Sterfte aan gedragsgerelateerde ziekten**

Al eerder zagen we dat in Rivierenland het sterftecijfer voor zowel mannen als vrouwen 4% hoger ligt dan in Nederland. En ook dat deze sterfte voornamelijk wordt veroorzaakt door verhoogde sterfte aan hart- en vaatziekten. Vooral de CVA's (stoornissen in de bloedvoorziening van de hersenen) zijn verhoogd. Bij zowel mannen als vrouwen liggen deze met ongeveer 25% hoger. Daarnaast is de sterfte aan longkanker bij mannen verhoogd. Voor een uitspraak over de levensverwachting is kennis nodig over **alle** sterfte-oorzaken. *In de gemeente Neerijnen vormt sterfte aan hart en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak. Maar liefst 33% van de sterfte wordt veroorzaakt door ziekten aan hart en vaatstelsel.*

*Dit zijn allemaal gedragsgerelateerde ziekten. Het is bekend dat bepaald risicogedrag zoals roken, niet voldoende bewegen, verkeerde voeding, alcoholgebruik en stress een rol speelt bij het ontstaan van deze ziekten. (bron: RIVM 2002) Het verdient dan ook aanbeveling om gezond gedrag te bevorderen. Het is onbekend in hoeverre dit risicogedrag in de regio Rivierenland ongunstiger is dan in Nederland, mogelijk wordt er meer gerookt of juist ongezonder gegeten. Inzicht hierin is nodig om gericht aan preventie te kunnen werken en prioriteiten te kunnen stellen.*

**Aanbeveling 1. Inzicht krijgen in risicogroepen en in de soort en mate van risicogedrag van de (regionale) bevolking.** Bij risicogedrag kan men denken aan roken, weinig bewegen, verkeerde voeding, overmatig alcoholgebruik en stress. Bijvoorbeeld een gezondheidsenquête kan hier een beeld van geven.

**Aanbeveling 2. Risicofactoren voor gedragsgerelateerde ziekten (zoals hart- en vaatziekten en CVA) aanpakken.** Het intensiveren van preventieprogramma's op het gebied van leefstijlfactoren, zoals roken, bewegen, alcoholgebruik, voeding en stress. Hierbij dient zoveel mogelijk aangesloten te worden op preventie programma's die momenteel in de regio en landelijk lopen.

### **SES in relatie tot ziekten**

Nu landelijk is aangetoond dat een lage sociaal-economische status (SES) gepaard gaat met een minder goede gezondheid, een hoge sterfte en 'slechte' leefstijl zal deze relatie ook in Neerijnen gevonden kunnen worden. Voor de gemeente Neerijnen geldt dat het gemiddeld besteedbaar inkomen vergelijkbaar is met Nederland. In de gemeente Neerijnen zijn weinig gegevens bekend over het opleidingsniveau. In de gemeente zijn circa 3200 mensen in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar laag opgeleid. Beleid moet zich dus richten op het verbeteren van opleidingsmogelijkheden om de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen. Aandacht hiervoor begint bij de voor- en vroegschoolse opvang en bij tijdige acties in het kader van de leerplichtwet.

**Aanbeveling 3.** Terugdringen van verschillen in sociaal economische status. Bij het vaststellen van verschillende vormen van gemeentelijk (facet)beleid dient dit in het oog gehouden te worden. Aanvullend hierop wordt het volgende aanbevolen:

**3a.** Scholen en gemeenten blijken om diverse redenen niet altijd in staat om alle voortijdig schoolverlaters te melden bij het RMC. Het beleid van het IOR voor een structurele inbedding van het RMC bij het samenwerkingsverband wordt vanuit dit onderzoek volledig ondersteund.

**3b.** Extra aandacht besteden aan het voorkómen van voortijdig schoolverlaten. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden. Dit kan bijvoorbeeld door het voorkómen van frequent schoolverzuim. De jeugdartsen op de scholen kunnen hierbij mogelijk een rol spelen. Dit kan vergeleken worden met de rol van de ARBO-artsen in bedrijven. Het project “preventie (langdurig) schoolverzuim” van GGD Hart voor Brabant is een voorbeeld hiervan.

**3c.** Onderzoeken van andere mogelijkheden van het verkleinen van de SEGV. Bijvoorbeeld op het gebied van wonen, werk en de sociale omgeving. Onder sociale omgeving wordt hier onder andere verstaan de buurt en sociale netwerken. Op de website van het fonds OGZ ([www.fondsOGZ.nl](http://www.fondsOGZ.nl)) worden tal van voorbeelden van interventies genoemd op dorp, wijk of buurtniveau.

### **Psychische aandoeningen**

Op het gebied van preventie van psychosociale problematiek wordt in de regio al enige jaren samengewerkt door verschillende instellingen. Zo is in dit kader de regionale Stuurgroep voor Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, preventie en Maatschappelijke Opvang (OGGZ/MO) actief. Binnen het RR zijn 14 maatschappelijke organisaties, de gemeente Tiel en het zorgkantoor vertegenwoordigd. In dit kader worden meerdere preventieprogramma's uitgevoerd. Verder vindt er in de Geestelijke Gezondheidszorg sector (GGZ) afstemming plaats in het kader van de regiovisie GGZ Rivierenland.

De deelnemers aan deze regiovisie hebben een prioriteiten- en actiepuntenlijst opgesteld waaraan gezamenlijk wordt gewerkt (*bron: voortgangsnotitie actiepunten regiovisie GGZ Rivierenland*). Aanbevolen wordt dit initiatief te steunen en stimuleren.

**Aanbeveling 4. Preventiebeleid de komende jaren richten op het voorkómen van de psychosociale problematiek in de regio.** Dit kan worden bereikt door gerichte preventieprogramma's onder jongeren, volwassenen en ouderen.

Hierbij is het onder andere van belang de activiteiten van de stuurgroep OGGZ en actiepunten van de regiovisie GGZ Rivierenland te ondersteunen. Ook beleid gericht op jongeren verdient hierbij aandacht.

**Aanbeveling 5. Naast preventie van psychosociale problematiek, waarborgen van laagdrempelige hulpverlening.** Nodig is het versterken van het beleid op het terrein van GGZ preventieprogramma's, vroegsignalering en laagdrempelige hulpverlening, bemoeizorg, OGGZ en de maatschappelijke opvang. De bestaande samenwerkingsverbanden en netwerken moeten voor dit doel worden geïntensiveerd en beter worden toegerust.

**Aanbeveling 6. Inzicht krijgen in het vóórkomen van psychosociale problematiek in de regio Rivierenland.** Het is van belang hierbij risicogroepen te onderscheiden en na te gaan of de zorgbehoefte aansluit bij het zorgaanbod. Ook dient hierbij nagegaan te worden of de instellingen fysiek en functioneel laagdrempelig genoeg zijn. Dit inzicht kan bijvoorbeeld worden verkregen door middel van een gezondheidsenquête in de regio.

**Aanbeveling 7. Zorgen dat het hulpaanbod voldoende bekend is bij de bevolking zodat mensen met problemen niet te lang wachten met hulp zoeken.** Ook de bekendheid onder huisartsen dient goed te zijn, alsmede de contacten van huisartsen met hulpverlening. Dit moet nagegaan en gestimuleerd worden. In dit kader verdient een initiatief ondersteuning waarbij een informatiepunt ingericht wordt voor cliënten en huisartsen (*bron: voortgangsnotitie actiepunten regiovisie GGZ Rivierenland*).

### **Ziekten van ademhalingsorganen**

Roken is verreweg de belangrijkste oorzaak van chronische longziekten. Bij het ontwikkelen van rookgedrag spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol. Een voorbeeld hiervan is de sociale druk uit de directe omgeving. Bekend is dat de prijs van de rookwaar een belangrijke rol speelt bij jonge starters.

Verder speelt het binnenhuismilieu, zoals ventilatiemogelijkheden, vocht- en schimmelvorming, een rol bij het ontstaan en verergeren van chronische longziekten. Hiermee kan bij het ontwerpen van woningen ('gezond bouwen') en woningonderhoud rekening worden gehouden. Zo is het bijvoorbeeld essentieel voor goede ventilatie in huizen dat mechanische ventilatiesystemen naast cv-ketels, in een onderhoudsplan worden meegenomen.

**Aanbeveling 8. Introduceren en intensiveren van effectief gebleken maatregelen ter ontmoediging van het roken.** Niet alleen gericht op voorlichting maar een geïntegreerde benadering binnen het sociaal-culturele leven, op school, bij sport en recreatie en op het werk

**Aanbeveling 9. Bij woningontwerp, woningbouw en woningonderhoud zorgdragen voor een gezond binnenhuismilieu.**

## Hoofdstuk 4: Structuur en Organisatie

### 4.1 Stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn Neerijnen

Omdat een gemeente geen of weinig mogelijkheden heeft om zelf activiteiten in het kader van gezondheidsbeleid uit te voeren is het belangrijk dat bij de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid zowel de uitvoerende partijen als de “consumenten” worden betrokken. Dit zijn immers de partijen die zorg moeten dragen voor de uitvoering van het beleid.

Het succes van lokaal gezondheidsbeleid staat of valt met het draagvlak en de acceptatie bij de uitvoerende partijen.

Draagvlak kan worden gecreëerd door gebruik te maken van interactieve beleidsvorming. Belanghebbende partijen worden dan vanaf het begin bij de beleidsvorming betrokken. Zij geven knelpunten, wensen en behoeften aan en denken mee over oplossingsrichtingen.

De besluitvorming over de uiteindelijk te nemen acties en verankering in beleid blijft waar die hoort, namelijk bij de gemeente.

Als de kaders van Lokaal Gezondheidsbeleid zijn vastgesteld zal er uitvoering aan gegeven moeten worden. Dat kun je als gemeente niet alleen; hiervoor heb je de hulp nodig van professionals en betrokkenen uit het veld. De betrokkenheid van het maatschappelijke veld kan worden georganiseerd door partners in het veld te vragen deel te nemen in een stuurgroep Lokaal Gezondheidsbeleid.

In Neerijnen is al een stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn actief. Deze stuurgroep oriënteert zich breder dan op gezondheidszorg alleen. De betrokkenheid bij visievorming over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning is al gebleken.

Vanwege inhoudelijke en professionele betrokkenheid met de materie heeft de stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn zicht op de verschillende activiteiten die er op het gebied van gezondheids(preventie) in Neerijnen plaatsvinden.

Vanwege dit overzicht, de betrokkenheid en de deskundigheid wordt zij in staat geacht om:

- een inventarisatie te maken van het huidige gezondheidsbeleid in Neerijnen;
- jaarlijks te adviseren over de te stellen prioriteiten;
- te komen tot een overzicht van activiteiten die opgenomen kunnen worden in het jaarprogramma lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente;
- te adviseren over de verdeling van de beschikbare middelen en faciliteiten;
- zorg te dragen voor goede afstemming van activiteiten (zowel nieuwe als bestaande);
- het gemeentebestuur gevraagd en ongevraagd van advies te dienen ten aanzien van gemeentelijke (lokale) gezondheidsaangelegenheden.

Concreet wil dit zeggen dat de stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn op basis van deze startnota Lokaal Gezondheidsbeleid en rekening houdend met dat wat er lokaal al aan activiteiten wordt uitgevoerd het gemeentebestuur kan adviseren over de jaarlijks uit te voeren activiteiten. Het gemeentebestuur beslist uiteindelijk over de prioriteiten en de uit te voeren activiteiten.

Voor uitvoering van beleid en activiteiten kunnen werkgroepen in het leven worden geroepen. Ook kan aansluiting worden gezocht bij bestaande werkgroepen of platforms.

*De stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn is nu nog samengesteld uit vertegenwoordigers van de zorgaanbieders, en bestaat inclusief de gemeentelijke inbreng uit 9 à 10 personen. Natuurlijk is het mogelijk om vanuit nog meer verschillende disciplines en invalshoeken mee te denken over de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. Maar om slagvaardig te kunnen werken mag de stuurgroep niet te omvangrijk worden.*

*Gedacht kan worden aan een jaarlijkse of tweejaarlijkse expertbijeenkomst waar vertegenwoordigers van de volgende organisaties en/of werkvelden hun visie kunnen geven op (gewenste) ontwikkelingen in het lokale gezondheidsbeleid: GGD-Rivierenland, Huisartsen Neerijnen; consumenten- en patiëntenplatform, de Grift verslavingszorginstelling, MEE.*

### 4.2 Monitoring

De ambities en doelen zoals in deze nota beschreven vormen de basis voor de vormgeving en uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid in de komende vier jaar. Gezondheidsbeleid is echter geen star terrein waarin gedurende de looptijd van de nota geen veranderingen kunnen plaatsvinden. Daarom zal op een aantal

momenten worden getoetst of de ambities en doelen nog aansluiten bij de ontwikkelingen. Het beleid kan worden bijgesteld als ontwikkelingen hierom vragen. Het bijstellen van beleid kan bijvoorbeeld nodig zijn als gevolg van geconstateerde veranderingen in de resultaten van gezondheidspeilingen, als ontwikkelingen op andere beleidsterreinen binnen de gemeenten gaande zijn die tevens hun weerslag hebben op gezondheidsbeleid maar ook door veranderingen in inzicht vanuit de professionele deskundigheid van de leden van de stuurgroep.

#### **4.3 Evaluatie en rapportage**

Het lokale gezondheidsbeleid in Neerijnen streeft naar lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden van de inwoners door preventieve acties op het gebied van leefstijl en gedrag, sociale omgeving en de leef- en woonomgeving. In hoeverre de gezondheid van de bevolking in onze gemeente door het lokaal gezondheidsbeleid daadwerkelijk zal verbeteren is moeilijk te meten.

Allereerst zijn allerlei zaken van invloed op de gezondheid van mensen, veel van deze invloeden vallen buiten de werkingssfeer van het gemeentelijke beleid.

Verder is preventie een kwestie van de lange adem. Gezondheidsopbrengsten van investeringen in preventie betalen zich meestal pas na enige tijd uit, vaak geleidelijk en onopgemerkt.

##### *Organisatie- en werkstructuur*

Taak, werkwijze en organisatorische beleidsvoornemens van de stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn Neerijnen zullen na afloop van de beleidsperiode worden geëvalueerd.

Hiertoe kan bijvoorbeeld een enquête worden voorgelegd, zowel aan de stuurgroepleden als aan de overige relevante organisaties die (in)direct bij het lokaal gezondheidsbeleid betrokken zijn.

##### *Jaarprogramma en rapportage*

Om te kunnen toetsen hoe en in welke mate de weergegeven doelstellingen en ambities worden gerealiseerd zal de stuurgroep jaarlijks een programma opstellen waarover achteraf aan de gemeenteraad zal worden gerapporteerd.

##### *Totale gezondheidswinst*

In hoeverre de gezondheid van de bevolking van Neerijnen door het lokaal gezondheidsbeleid wordt verbeterd is, zoals gezegd, moeilijk meetbaar in absolute getallen. In de tijd gezien zijn hierop altijd meerdere factoren van invloed. De gezondheidspeilingen van de GGD Rivierenland kunnen worden gebruikt om verschuivingen vast te stellen.

De resultaten van deze peilingen worden vastgelegd. Daarbij worden vergelijkingen getrokken met eerdere peilingen en de regio.

#### **4.4 Budget**

Behoudens een beperkt werkbudget (*dat nog moet worden bepaald en waarvoor de WMO-gelden worden aangesproken*) voor de stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn wordt er op voorhand geen extra geld vrijgemaakt voor het lokale gezondheidsbeleid. Meerwaarde kan worden gerealiseerd door het gezamenlijk coördineren en regisseren van het lokale gezondheidsbeleid.

## Hoofdstuk 5      Activiteitenplan nieuw beleid 2006 – 2010

Als we de gezondheidssituatie in onze gemeente bezien dan valt op dat de gezondheid van de jeugd tot 20 jaar en die van de volwassenen tot 65 jaar voornamelijk kan worden verbeterd door een gezondere leefstijl. Het gaat daarbij vooral om gezonde en gevarieerde voeding, om voldoende beweging en om verstandig gebruik van genotmiddelen (niet roken en matig alcoholgebruik). Tevens is gebleken dat leefstijl een sterke samenhang vertoont met sociaal economische status (SES). Hoe lager de SES, hoe ongezonder of minder gezond is de leefstijl. Hoe hoger de SES, zo gezonder de leefstijl. Conclusie is dat bij inspanningen om mensen er toe aan te zetten gezonder te gaan leven tevens aandacht besteed moet worden aan het verbeteren van hun sociaal economische status. Voor jeugd betekent verbeteren van de SES vooral investeren in opleiding. Voor mensen met een uitkering betekent verbeteren van hun SES vooral investeren in maatschappelijke participatie.

Voor het uitvoeringsprogramma is het ambitieniveau niet direct heel hoog neergezet. Wel is er rekening gehouden met bescheiden mogelijkheden van Neerijnen om acties in gang te zetten die kunnen leiden tot gezondheidswinst.

Gekeken is daarom naar de mogelijkheden om een gezonde leefstijl te verhogen.

De aandacht gaat daarbij speciaal uit naar de jeugd en de ouderen. Het maatschappelijk betrokken houden van ouderen en het uitvoeren van preventie-activiteiten voor deze groep moet zo vroeg als mogelijk beginnen omdat juist dan op latere leeftijd winst te behalen is.

### 1.

<b>Doel</b>	Jeugd informeren over de schadelijke effecten van middelengebruik en beïnvloeden van roken, alcohol en druggebruik.
<b>Doelgroep</b>	Schoolgaande jeugd
<b>Periode</b>	2006 en volgende jaren
<b>Wie uitvoering</b>	GGD, gemeente, onderwijs
<b>Huidige acties</b>	Het recent uitgevoerde e-movo (maart 2005) onderzoek van de GGD laat zien dat het gebruik onder de Neerijnense jeugd van alcohol en drugs negatief afwijkt van het Nederlandse beeld Behoudens voorlichting met betrekking tot het rookbeleid van de regering aan beheerders van spotkantines zijn er momenteel geen activiteiten in Neerijnen. GGD heeft lesmateriaal voor de scholen ter beschikking
<b>Financiering</b>	Er is geen extra financieringsgrondslag.

### 2.

<b>Doel</b>	Vergroten onderwijskansen en kansen op de arbeidsmarkt voor de jeugd van 17-23 jaar in het kader van het terugdringen van verschillen in Sociaal Economische Status.
<b>Doelgroep</b>	Jeugd en jongeren van Neerijnen
<b>Periode</b>	2006 en volgende jaren
<b>Wie uitvoering</b>	Gemeente, RMC en onderwijs, handhaving leerplicht en aandringen bij jongeren voor het behalen van een startdiploma in het kader van het Regionaal Meldcentrum (RMC).
<b>Huidige acties</b>	De samenwerking tussen de basisscholen en de gemeente heeft vorm gekregen. Regionaal wordt uitvoering gegeven aan het volledig in beeld krijgen van de onderwijs- en werksituatie van jongeren van 17-23 jaar.
<b>Financiering</b>	Door tussenkomst van Regio Rivierenland.

- 3.
- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Doel</b>           | Ontwikkelen van een lokaal loket met mantelzorgsteunpunt en vrijwilligerssteunpunt.  |
| <b>Periode</b>        | Vanaf 1 juli 2006  |
| <b>Wie uitvoering</b> | Gemeente, Stichting welzijn ouderen Neerijnen, thuiszorg en maatschappelijk werk, vrijwilligersorganisaties, zorginstellingen, samenwerkende gemeenten Regio Rivierenland  |
| <b>Huidige acties</b> | In het kader van de Wmo wordt zwaar ingezet op mantelzorg om ouderen, chronisch zieken en gehandicapten zo lang als mogelijk in de eigen omgeving te laten.<br>Met het veld voert de gemeente momenteel gesprekken om in Neerijnen tot een Lokaal Loket, fysiek en digitaal, te komen. Dit initiatief kan worden aangegrepen om ook structureel aandacht aan mantelzorg en vrijwilligerswerk te geven. |
| <b>Financiering</b>   | Provinciaal subsidie Ontgroening en Vergrijzing.<br>WMO-gelden.  |
- 4.
- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Doel</b>           | Opvoedingsondersteuning  |
| <b>Periode</b>        | 2006 en volgende jaren   |
| <b>Wie uitvoering</b> | Gemeente en Regionaal Netwerk Opvoedingsondersteuning  |
| <b>Huidige acties</b> | In de regio Rivierenland bieden verschillende instellingen opvoedingsondersteunende activiteiten voor ouders aan. Het Regionaal Netwerk Opvoedingsondersteuning heeft deze activiteiten overzichtelijk in kaart gebracht om ervoor te zorgen dat de medewerkers van die instellingen voldoende op de hoogte zijn van het aanbod van de ander. Op die manier kunnen zij ouders met vragen over opvoeden goed doorverwijzen.<br>Het netwerk bestaat uit de volgende instellingen:  |
| <b>Financiën</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bureau Jeugdzorg</li> <li>• De Gelderse Roos Rivierenland</li> <li>• De Grift Rivierenland</li> <li>• GGD Rivierenland</li> <li>• <i>Driestar Educatief</i></li> <li>• Marant Educatieve Diensten</li> <li>• MEE Gelderse Poort</li> <li>• Spectrum</li> <li>• Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk Werk Rivierenland</li> <li>• <i>Stichting Gereformeerd Jeugdwerk</i></li> <li>• Stichting Thuiszorg Midden Gelderland.</li> </ul> <p>Het netwerk wil graag ouders beter op de hoogte brengen van het aanbod opvoedingsondersteuning in de regio, maar heeft hiervoor nog niet de financiële middelen. In samenhang met de ontwikkeling van het Lokaal Loket moet hiervoor een oplossing geboden worden.</p> |

5.

<b>Doel</b>	Aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen regio Rivierenland
<b>Periode</b>	2006 en volgende jaren
<b>Wie uitvoering</b>	Gemeenten en GGD Rivierenland
<b>Huidige acties</b>	Ontwikkeling van programma's op gebied van: <ul style="list-style-type: none"><li>○ verbetering binnenmilieu</li><li>○ bijzondere bijstand t.b.v. de gezondheid van kinderen in gezinnen in een achterstandspositie</li><li>○ bevorderen communicatie tussen hulpverleners en allochtonen patiënten</li><li>○ het terugdringen van hart-en vaatziekten, diabetes, kanker</li><li>○ het tegengaan van vereenzaming, depressiviteit en versterking van sociale netwerken.</li></ul>
<b>Financiën</b>	Onderdeel GGD begroting/minimabeleid



## Lijst van gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
CVA	Cerebro Vasculair Accident (meest voorkomend zijn een beroerte en een herseninfarct)
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
DTP	Difterie Tetanus en Polio
FSIO	Federatie Samenwerkende Instellingen Ouderenzorg
GGD	Gemeenschappelijke GezondheidsDienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
JGZ	JeugdgezondheidsZorg
MEE	Geen afkorting. MEE staat voor: mee doen, mee gaan, mee lopen. Naast de klant staan.
MFC	Multi Functioneel Centrum
MO	Maatschappelijke Opvang (vaak dak- en thuislozen, maar ook vrouwenopvang)
OGGZ	Openbare Geestelijke GezondheidsZorg
OGZ	Openbare GezondheidsZorg
RIVM	RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMC	Regionaal Meld en Coördinatiecentrum
RVP	Rijks Vaccinatie Programma
ROEK	Rivierenland Op Eigen Kracht
RR	Regio Rivierenland
SEGV	Sociaal Economische Gezondheids Verschillen
SES	Sociaal Economische Status
TRAZOR	TRAnsmuraal ZOrgnetwerk Rivierenland
VMBO	Voorbereidend Middelbaar Beroeps Onderwijs
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
Wcpv	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Wvg	Wet Voorzieningen Gehandicaptten