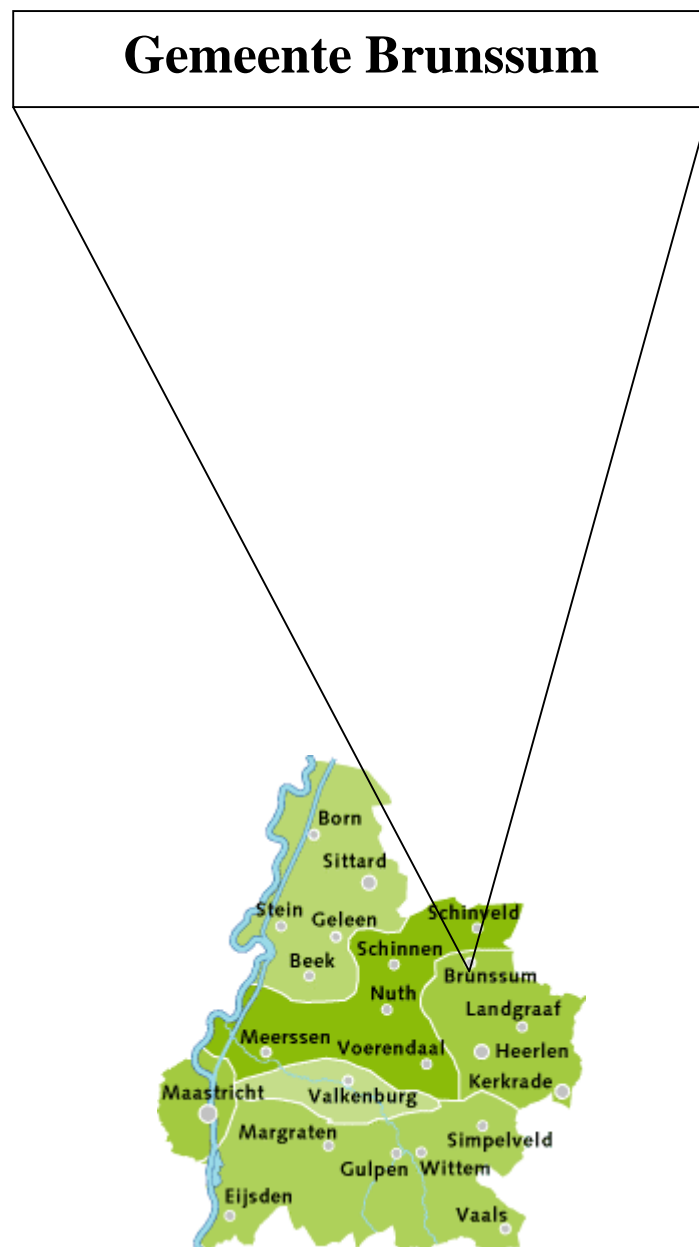


Lokale nota volksgezondheidsbeleid 2008 t/m 2011



<u>Inhoudsopgave</u>	2
1. Inleiding	3
2. Lokale nota 2005 t/m 2007; een korte terugblik	4
2.1 Afname GGD-producten 2005 t/m 2007	4
2.2 Afname Jeugdgezondheidszorgproducten (0-4 jaar) 2005 t/m 2007	5
3. Volksgezondheidsbeleid 2008 t/m 2011	6
3.1 Regionale prioriteiten en lokale invulling	6
3.2 De methodiek van beleidsgestuurde contractfinanciering	6
3.3 Samenwerking	7
4. Gezondheid in Brunssum	8
4.1 Gezondheid in cijfers en epidemiologische gegevens	8
4.2 Toelichting op cijfers en epidemiologische gegevens	9
4.2.1 Gegevens jeugd	
4.2.2 Gegevens volwassenen en ouderen	
5. Lokale aanpak volksgezondheid 2008 t/m 2011	11
5.1 SMART-formulering en toekomstige monitoring	11
5.2 Roken	14
5.2.1 Ambitie	
5.2.2 Doelgroep en maatregelen	
5.3 Overgewicht	16
5.3.1 Ambitie	
5.3.2 Doelgroep en maatregelen	
5.4 Schadelijk alcoholgebruik	18
5.4.1 Ambitie	
5.4.2 Doelgroep en maatregelen	
5.5 Depressie	20
5.5.1 Ambitie	
5.5.2 Doelgroep en maatregelen	
5.6 Diabetes	22
5.6.1 Ambitie	
5.6.2 Doelgroep en maatregelen	
5.7 Aanpak prioriteiten	23
5.8 Ambities volksgezondheid voor de periode 2008 t/m 2011	23
6. Jeugdgezondheidszorg	24
6.1 Ontwikkelingen jeugdgezondheidszorg 2008 t/m 2011	25
6.2 Invoering elektronisch kinddossier	25
6.3 Preventief jeugdbeleid en het project Samen starten	26
7. Afname producten volksgezondheid 2008 t/m 2011	27
7.1 Afname producten preventieve en curatieve gezondheidszorg alsmede jeugdgezondheidszorg (4-19 jaar)	27
7.2 Afname producten Jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar)	29
8. Financiën	31
8.1 Preventieve en curatieve gezondheidszorg / jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar	31
8.2 Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar	31
8.2.1 Uniformdeel	
8.2.2 Maatwerkdeel	

1. INLEIDING.

De lokale nota volksgezondheidsbeleid 2008 t/m 2011 is een verdere uitbreiding en concretisering van de regionale nota “Samen Gezond !” op lokaal niveau. Deze nota geeft een nader beeld van de gezondheidssituatie in Brunssum en plaatst de regionale doelstellingen binnen het gemeentelijk kader en gaat in op de lokale ontwikkelingen en wensen.

De gemeente Brunssum kiest voor het continueren van bestaande activiteiten en het versterken van een structurele en gerichte aanpak op gezondheidsbeleid waarin hoofdzakelijk aandacht zal zijn voor de vijf landelijke prioriteiten (roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes).

Het wordt steeds duidelijker dat er ten aanzien van volksgezondheid winst te behalen valt op het gebied van **preventie**. Voorkómen is ook vandaag-de-dag nog altijd beter dan genezen. Het nieuwe kabinet wil meer aandacht geven aan effectief preventiebeleid, niet alleen om 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. In een vierjarige beleidsnota kunnen echter wel al **concrete beleidsdoelen** worden geformuleerd die het gedrag positief beïnvloeden en zo een bijdrage leveren aan het maatschappelijke effect op langere termijn.

Deze nota zal, na een korte terugblik op de periode 2005 t/m 2007 (hoofdstuk 2) en het (regionale) beleid in de periode 2008 t/m 2001 (hoofdstuk 3), ingaan op de gezondheidssituatie in Brunssum (hoofdstuk 4) en de aanpak ten aanzien van de vijf (landelijke, regionale en lokale) speerpunten. In hoofdstuk 6 zal aandacht worden besteed aan de laatste ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg. In hoofdstuk 7 staan alle gezondheidszorg-producten opgenomen die in de periode 2008 t/m 2011 afgenomen worden en in hoofdstuk 8 wordt ingegaan op de financiële middelen die daarvoor in 2008 benodigd worden.

Een belangrijk aspect is de wijze waarop de toekomstige monitoring van gezondheidsbeleid gaat plaatsvinden waarbij uiteindelijk meer lokale informatie m.b.t. de gezondheidsproblematiek bekend zal moeten worden. Zodoende kan met ingang van 2011 een compleet beeld van de gezondheidssituatie van onze gemeente gegeven worden waardoor beleidsvoornemens beter “smart” geformuleerd kunnen worden. Voor inhoudelijke informatie hierover wordt verwezen naar hoofdstuk 5.1.

Ten opzichte van de vorige lokale nota zal het onderdeel Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) niet meer worden opgenomen omdat de OGGZ per 1 januari 2007 als zodanig een prestatieveld is binnen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).

2. LOKALE NOTA 2005 t/m 2007: EEN KORTE TERUGBLIK.

In 2002 is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) gewijzigd. Op grond hiervan is de gemeente verplicht om met ingang van 2003 iedere 4 jaar een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid op te stellen.

Aanleiding voor het opnemen van deze verplichting in de wetgeving destijds was de constatering dat de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten bij gezondheidsbeleid onvoldoende uit de verf kwam. In veel gevallen werd gezondheidsbeleid niet beschouwd als een primaire gemeentelijke taak, terwijl de beleving van gezondheid essentieel is voor het zich welbevinden van de individuele inwoners.

Nadat, van 2003 tot 2005, de regionale kadernota was gehanteerd, kwamen in de eerste gemeentelijke nota Gezondheidsbeleid 2005 t/m 2007, de lokale thema's (gezonde leefwijzen, jeugdgezondheidszorg en leefomgeving) aan de orde. Het doel van die eerste nota was, naast het geven van een beschrijving van een groot deel van alle gezondheidsaspecten en daarmee verband houdende ontwikkelingen binnen onze gemeentegrenzen, een kader vast te stellen voor een gemeentelijk gezondheidsbeleid en op basis hiervan acties en activiteiten te benoemen voor de periode 2005 t/m 2007. Tevens werd daarin aangegeven dat, op basis van een nieuwe c.q. bijgestelde notitie, vanaf 2008 keuzes gemaakt konden worden voor de daaropvolgende jaren. Gelet op de financiële situatie binnen de gemeente werd ook in de eerste nota gekozen voor een realistisch perspectief. Bovendien gold het uitgangspunt dat het geformuleerde beleid zoveel mogelijk werd uitgevoerd binnen de bestaande financiële kaders. Tot en met 2007 vonden alle activiteiten plaats binnen de beschikbare budgetten.

In de eerste lokale nota 2005 t/m 2007 werden 21 actiepunten geformuleerd. De Raad heeft begin 2006 (gemeenteblad 2006 no. 15, W&O 2006/1151) kennis kunnen nemen van een tussentijdse evaluatie waaruit blijkt dat t.a.v. alle actiepunten inmiddels besluitvorming heeft plaatsgevonden dan wel dat deze actiepunten in het lokale beleid geïmplementeerd zijn.

2.1 Afname GGD-producten 2005 t/m 2007.

Ingevolge Raadsbesluit no. 14 (W&O nr. 2004/516) d.d. 23 maart 2004, nam de gemeente Brunssum voor de periode 2004 t/m 2007 de hieronder genoemde producten af van de GGD.

Productgroep 1 : infectieziekten algemeen

24 uren basisvoorziening infectieziektenbestrijding
Tuberculose bestrijding bevolking
Rijksvaccinatieprogramma jeugd

Productgroep 2: Infectieziektenpreventie bij risicogroepen

SOA-zorg jongeren 15-25 jaar

Productgroep 3 : technische hygiënezorg

Technische hygiënezorg kinderdagverblijven
Technische hygiënezorg peuterspeelzalen

Productgroep 4 : medische milieukunde

Medische milieukunde basisvoorziening

Productgroep 5 : regionale basisvoorziening en wettelijke taken gezondheidsvoorlichting en opvoeding

Regionale basisvoorziening bevorderen gezonde leefstijl
Opkomstbevordering bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker
Bevordering mondgezondheid

Productgroep 6 : Preventieprogramma's

Vergroten weerbaarheid kinderen (Marietje Kessels)

Productgroep 8 : epidemiologie
Gezondheidsprofiel

Productgroep 9 : signalering en monitoring jeugd
Preventie gezondheidsonderzoeken 4-19 jaar

Productgroep 10 : risicoleerlingenzorg
Advies lichamelijke, psychosociale en opvoedingsvragen
Risicoleerlingbespreking zorgteam basisonderwijs
Risicoleerlingbespreking zorgteam voortgezet onderwijs
Permanente Commissie Leerlingenzorg

Productgroep 13 : advisering en projecten openbare gezondheidszorg
Advies en expertise openbare gezondheidszorg

2.2 Afname Jeugdgezondheidszorg-producten (0-4 jaar) 2005 t/m 2007.

Ingevolge Raadsbesluit no. 14 (W&O nr. 2004/516) d.d. 23 maart 2004, nam de gemeente Brunssum voor de periode 2004 t/m 2007 de hieronder genoemde producten af van MeanderGroep Zuid-Limburg (voorheen Zorggroep Thuis OZL).

Productgroep 1: Consultatiebureau
Consultatiebureau voor zuigelingen
Consultatiebureau voor peuters
Spreekuur en telefonisch advies
Buurtgericht spreekuur

Productgroep 2: Screeningen
Hielprik (dit product werd gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)
CAPAS-gehoorscreening

Productgroep 3: Huisbezoeken
Huisbezoek na de geboorte (postnataal huisbezoek)
Huisbezoek op indicatie
Huisbezoek maatwerk

Productgroep 4: Groepsgerichte voorlichting
Groepsgerichte voorlichtingsbijeenkomsten

Productgroep 5: Risicozorg
Videohometraining
Samenwerking rondom het kind: netwerken
Samenwerking rondom het kind: peuterspeelzalen/kinderdagverblijven
Groepsgerichte preventieprogramma's

3. VOLKSGEZONDHEIDSBELEID 2008 t/m 2011.

Voor de meeste gemeenten in Zuid-Limburg geldt dat per 1 juli 2007 een nieuwe lokale nota volksgezondheidsbeleid werd vastgesteld. Voor de gemeente Brunssum geldt dit pas vanaf 1 januari 2008 omdat de eerste lokale nota voor de periode januari 2005 t/m december 2007 door de Raad werd geaccordeerd (gemeenteblad 2004/70 d.d. 14 december 2004).

Medio 2006 is een werkgroep geformeerd waarin de GGD Zuid-Limburg, de tripoolgemeenten (Maastricht, Heerlen, Sittard-Geleen) en een kleine afvaardiging van de andere gemeenten (Brunssum en Vaals) waren vertegenwoordigd. Deze werkgroep had zich tot taak gesteld om één nota regionale prioriteiten volksgezondheidsbeleid 2007-2011 voor de 19 gemeenten in Zuid-Limburg te schrijven. Onderdeel van deze kadernota is de samenwerking tussen GGD Zuid-Limburg en de gemeenten. Deze regionale nota 2007 - 2011 ("Samen gezond!") werd op 27 juni 2007 (gemeenteblad 2007/7) door de Raad vastgesteld.

Per 1 januari 2006 zijn de drie GGD-en en de GHOR in Zuid-Limburg gefuseerd tot één GGD Zuid-Limburg. Zoals gebruikelijk, kort na een fusie, verkeert de GGD Zuid-Limburg momenteel in een periode waarbij opnieuw gezocht moet worden naar de juiste balans in de samenwerking. In alle regio's werd vóór de fusie weliswaar samengewerkt, maar op verschillende wijzen. Vanuit een oriënterende discussie, die gevoed werd met ervaringen met de GGD Zuid-Limburg in de verschillende regio's, is geprobeerd de goede en constructieve zaken uit de verschillende samenwerkingsvormen te halen en dit te combineren tot één werkwijze. In deze werkwijze staan een drietal punten centraal die hieronder worden toegelicht.

3.1 Regionale prioriteiten en lokale invulling.

Leidend voor het volksgezondheidsbeleid in de regio Zuid-Limburg zijn de prioriteiten die eenmaal per vier jaar wordt vastgesteld. Aanvullend hierop komen alle 19 deelnemende gemeenten met een aanvulling en concretisering op lokaal niveau. Voor de gemeente Brunssum betekent dit dat aangegeven zal worden welke producten voor de periode 2008 t/m 2011 van de GGD Zuid-Limburg worden afgenomen en welke effecten hiermee worden beoogd. Hierdoor kan ook de GGD een meer consistente bedrijfsvoering opzetten waarbij risico's, ten gevolge van de productkeuzes, beperkt blijven.

3.2 De methodiek van beleidsgestuurde contractfinanciering.

De methodiek van beleidsgestuurde contractfinanciering (BCF) is in ontwikkeling. Deze methodiek richt zich op het realiseren van een optimale beleidscyclus, resultaatsturing en verantwoording. Het principe van BCF kan als volgt worden omschreven: vanuit een heldere en zakelijke relatie tussen gemeente en GGD Zuid-Limburg, ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid, te komen tot een gezamenlijke probleemanalyse en bepaling van de inzet van producten met duidelijke resultaatbeschrijving en prestatie-indicatoren waaraan een kostprijs is gekoppeld.

Beleidsgestuurde contractfinanciering gaat ook uit van een andere rol van de gemeente als "subsidiegever" en van de GGD Zuid-Limburg als "subsidieontvanger". Beide zijn tot elkaar "veroordeeld" en hebben dan ook wederzijdse verplichtingen. De GGD Zuid-Limburg is de belangrijkste adviseur van de gemeenten vóór en uitvoerder van het volksgezondheidsbeleid. De gemeente dient aan te geven wat zij wil bereiken op bepaalde gebieden en de organisatie die dat uitvoert, zal dat ook meetbaar moeten kunnen verantwoorden. Door het leggen van een duidelijke relatie tussen de gemeentelijke beleidsdoelstellingen en de beoogde resultaten, de prestaties van de GGD Zuid-Limburg en het hiervoor beschikbare budget wordt de bijdrage van GGD Zuid-Limburg aan het realiseren van de gemeentelijke beleidsdoelstellingen inzichtelijk gemaakt. De gemeente bepaalt wat er dient te gebeuren en de instellingen geven aan hoe dat het beste kan gebeuren. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit voor zowel gemeenten als GGD een leerproces zal zijn, waarbij in eerste instantie de nadruk zal komen te liggen op het komen tot een heldere relatie met duidelijke productbeschrijvingen. In tweede instantie zal de aandacht gericht worden op de resultaatbeschrijvingen en prestatie-indicatoren. De verwachting is dat met ingang van 2011 de beleidsgestuurde contractfinanciering in volle omvang kan worden toegepast.

3.3 Samenwerking.

De gemeenten hebben de verplichting om een GGD in stand te houden om te kunnen voldoen aan de bij wet opgelegde verplichtingen (WCPV) en de GGD Zuid-Limburg ontleent haar bestaansrecht aan de relatie met de gemeenten. Gezamenlijk zijn gemeenten en GGD Zuid-Limburg verantwoordelijk voor de volksgezondheid.

Die samenwerking wordt onder meer tot stand gebracht in de ingestelde dialooggroepen:

- Kaders (financiën);
- Gezondheidsbevordering (GB);
- Jeugdgezondheidszorg (JGZ), en;
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ).

Via deze dialooggroepen zullen onder andere de criteria worden geformuleerd op basis waarvan de producten opnieuw kunnen worden beschreven en ingedeeld in basis- en plusproducten. Vervolgens kan, conform hetgeen is vastgelegd in het fusiedocument, de productkeuze aanbod (PKA) systematiek worden vormgegeven. Deze systematiek zal verder worden uitgewerkt naar de methodiek van BCF. Bij de productkeuze wordt gestreefd naar een maximale keuzevrijheid voor de gemeenten, rekening houdend met de bedrijfsvoering van de GGD Zuid-Limburg.

Overigens bestaat het voornemen in 2008 te starten met een dialooggroep HALT.

4. GEZONDHEID IN BRUNSSUM.

In Nederland leven we steeds langer en steeds langer in goede gezondheid. Sinds 1980 is de levensverwachting voor mannen en vrouwen toegenomen. De gemiddelde levensduur is respectievelijk 75,5 en 80,6 jaar. De voorspellingen zijn dat de levensverwachting de komende 20 jaar nog verder zal stijgen.

De gezondheid in Zuid-Limburg, Noord-Oost Nederland en de grote steden is relatief iets ongunstiger. De regio's in onze provincie verschillen ten opzichte van elkaar voor wat betreft algemene gezondheid en risicofactoren. De regio Oostelijk Zuid-Limburg scoort daarbij het meest ongunstig. Voor cijfermatige vergelijkingen wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

Ten aanzien van de discussie ten aanzien van de negatieve invloeden van het vlieg- en wegverkeer op de volksgezondheid wordt opgemerkt dat, ondanks eventuele geluidshinder en stankoverlast, de concentratie fijnstof in Brunssum nergens de kritische norm overschrijdt.

Brunssum volgt de vijf prioriteiten die genoemd staan in de landelijke preventienota "Kiezen voor gezond leven" en de regionale nota "Samen Gezond!" (roken, overgewicht, schadelijke alcoholgebruik, diabetes en depressie). Bij die keuze gaat de gemeente uit van een aanpak die een structurele bijdrage levert aan de gezondheid van burgers. Opgemerkt wordt dat de overige aandachtspunten (o.a. via de productkeuze) niet uit het oog verloren worden. 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 fysiek omgeving van het individu grote invloed hebben 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. Dat betekent dat in Brunssum gewerkt zal worden aan een integraal volksgezondheidsbeleid, waarbij ook op andere beleidsterreinen aandacht is voor maatregelen die de gezondheid van burgers kunnen bevorderen.

Zoals reeds in de regionale nota "Samen Gezond!" is aangegeven leent de prioriteit "overgewicht" zich goed voor het starten van een integrale aanpak. Op 4 april 2007 hebben de portefeuillehouders Volksgezondheid van Zuid-Limburg zich gezamenlijk uitgesproken om hiermee een start te maken. Dit zal samen met de GGD Zuid-Limburg en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) worden opgepakt. Ook in Brunssum zal de nadruk liggen op een integrale aanpak van de prioriteit "overgewicht". Echter op het moment dat er ontwikkelingen zijn op andere beleidsterreinen die kunnen bijdragen aan één van de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid dan zal daar aan worden meegewerkt.

Wat betreft de term integrale aanpak betekent dit dat niet alleen integraal beleid gemaakt wordt door de gemeente zelf. Een gezonde samenleving en bevolking is voor iedereen van belang. Daarom vindt Brunssum het belangrijk dat diverse partners een rol spelen bij het bevorderen van de gezondheid van de burger.

Daarbij wordt niet alleen gedacht aan partners in het werkveld gezondheid zoals GGD Zuid-Limburg, Jeugdgezondheidszorg, eerstelijnsgezondheidszorg, maar ook aan 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 en wordt de burger op verschillende momenten en plekken geconfronteerd met het belang van een goede gezondheid.

Een van de gebieden waarop samenwerking kan leiden tot onder andere een beter gezondheidsbeleid 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 Brunssum zijn er op dit moment geen knelpunten wat betreft het aantal huisartsen en tandartsen.

Door de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning is de gemeente 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.

4.1 Gezondheid in cijfers en epidemiologische gegevens.

In hoofdstuk 5 worden, ter onderbouwing van de prioriteiten en ambities, cijfers en epidemiologische gegevens van de eigen inwoners over een aantal onderwerpen (peildatum: 1 januari 2006) weergegeven. Dit betreft overgewicht, alcoholgebruik, roken, diabetes en psychische gezondheid. Deze vijf onderwerpen vormen landelijk de speerpunten voor beleid.

De gegevens hebben betrekking op de jeugd, volwassenen en ouderen. De GGD heeft verschillende informatiebronnen gebruikt: de registraties van de jeugdgezondheidszorg van de GGD, het Limburgs jongerenonderzoek en de Limburgse Gezondheidsenquête die zijn uitgevoerd door de Limburgse GGD'en. Voor het aantal inwoners per gemeente is gebruik gemaakt van het CBS. Voor het onderwerp diabetes zijn voor de jeugd (nog) geen cijfers beschikbaar. Diabetes op jonge leeftijd (gelet op voedings- en bewegingsgewoonten) komt tegenwoordig vaker voor maar hierbij gaat het nog steeds om een heel klein aantal. Voor vergelijking met landelijke cijfers is gebruik gemaakt van gegevens van het CBS en van het Trimbos-instituut. Door de cijfers van de gemeente te vergelijken met landelijke referentiecijfers en door vergelijking van de gemeente met het gemiddelde van de regio wordt duidelijk waar de gemeente staat en of extra aandacht nodig is. Van een aantal onderwerpen kan een trend worden vastgesteld, dit geldt voor overgewicht bij volwassenen en ouderen, roken bij jongeren, volwassenen en ouderen en enkele aspecten van alcoholgebruik bij jongeren, volwassenen en ouderen. Ook van het voorkomen van diabetes bij volwassenen en bij ouderen kan de trend worden bepaald. De trend geeft aan of een bepaald gezondheidsprobleem groter of kleiner wordt of ongeveer gelijk blijft. Voor de volwassenen en ouderen geldt dat de percentages zijn gebaseerd op steekproeven. Hierdoor kunnen de percentages in werkelijkheid enigszins afwijken.

4.2 Toelichting op cijfers en epidemiologische gegevens.

N.a.v. de in hoofdstuk 5 weergegeven cijfers en gegevens wordt onderstaand een toelichting gegeven die van belang kan zijn voor een juiste interpretatie van de opgenomen cijfers. Per onderdeel (onderstreept) volgt hierbij een toelichting.

4.2.1 Gegevens jeugd.

De gegevens in hoofdstuk 5 zijn afkomstig uit de registraties van de jeugdgezondheidszorg van de GGD (overgewicht) en uit het Limburgs jongerenonderzoek van de GGD (roken, alcoholgebruik).

Overgewicht: overgewicht is bepaald met gebruikmaking van de gegevens van lengte en gewicht zoals gemeten tijdens de onderzoeken van de jeugdgezondheidszorg en berekend overeenkomstig de nationale monitor. Er zijn verschillen in de werkwijze van de JGZ in de voormalige GGD-regio's ZZL, WM en OZL. De cijfers vormen een indicatie van overgewicht maar zijn niet op dezelfde wijze berekend:

de gegevens van de gemeente Brunssum hebben betrekking op 2005 wat betreft de 5- en 14-jarigen, de cijfers van de 9-jarigen hebben betrekking op de periode 2004;

gegevens van Nederland hebben betrekking op de periode 2002-2004, ter illustratie naar schatting 9 à 10% van de jongens in de leeftijd 5-6 jaar heeft overgewicht. De percentages in de kolom voor Nederland duidt op het percentage binnen de betreffende leeftijdscategorie. Omdat die percentages overgewicht verschillen naar leeftijd is er dus sprake van een range. Ter illustratie: bij meisjes in de leeftijd 9, 10 en 11 jaar is die range 17-19%.

Roken: roken is gemeten volgens de standaard van de nationale monitor.

Alcoholgebruik: alcoholgebruik is gemeten met de standaard van de nationale monitor. Daarnaast zijn enkele indicatoren toegevoegd die gangbaar zijn in onderzoek en waarvoor nationale én internationale referentiecijfers beschikbaar zijn.

“dronken afgelopen 4 weken” betreft het dronken of aangeschoten zijn geweest in de vier weken voor het onderzoek;

“drinkt 20 glazen alcohol per week” betreft het hebben van een drinkpatroon waarbij wekelijks minimaal 20 glazen alcohol worden gedronken;

“zwaar binge drinken 3 x per maand” (binge = engels, uitgesproken als “binsj”) betreft het minstens driemaal per maand 5 glazen of meer drinken op één dag. Van dit item zijn voor klas 4 landelijke nationale en internationale referenties beschikbaar (www.rivm.nl/nationaalkompas).

Pesten: er was op het moment van onderzoek nog geen standaard pesten vastgesteld binnen de nationale monitor.

“gepest worden op school” is bepaald met een vraag naar de frequentie van gepest worden op school in de afgelopen 12 maanden. Vervolgens is het percentage berekend hoe vaak de leerlingen wekelijks worden gepest; “gepest worden buiten school” is vastgesteld met een vraag naar de frequentie van gepest worden in de afgelopen 12 maanden buiten school. Dit is omgerekend naar een wekelijkse frequentie; “doet zelf wekelijks aan pesten” is bepaald met een vraag hoe vaak men de afgelopen 12 maanden zelf heeft meegedaan aan pesten op school. Vervolgens is dit omgezet in een wekelijkse frequentie.

4.2.2 Gegevens volwassenen en ouderen.

De laatste gegevens zijn afkomstig uit de Limburgse gezondheidsenquête van najaar 2003. In verband met het uitzetten van enquêtes, inventarisatie, verwerking, analyse en rapportage duurt bekendmaking van de gegevens doorgaans twee jaar. De voorbereidingen voor een volgende enquête worden binnen afzienbare tijd opgestart.

De landelijke referentiecijfers zijn afkomstig uit de POLS-enquête van het CBS uit de periode 2001-2003. Van alcoholgebruik zijn alleen landelijke referentiecijfers beschikbaar m.b.t. het al dan niet gebruiken van alcohol en van zwaar drinken. De andere items zijn toevoegingen aan de Limburgse gezondheidsenquête die een groter inzicht bieden in alcoholproblematiek.

Roken : roken is gemeten volgens de standaard van de nationale monitor.

Alcoholgebruik: alcoholgebruik is gemeten met de concept-standaard van de nationale monitor die toen beschikbaar was. Daarnaast zijn enkele indicatoren toegevoegd die gangbaar zijn in onderzoek maar waarvoor geen landelijke referentiecijfers beschikbaar zijn.

“zwaar drinken” betreft het minstens één keer per week 6 glazen of meer drinken op een dag; onder “verantwoord alcoholgebruik” wordt verstaan : voor mannen en vrouwen maximaal vijf dagen waarop alcohol wordt gedronken met voor mannen maximaal drie glazen en voor vrouwen maximaal twee glazen per dag;

“probleemdrinken” wordt bepaald aan de hand van de score op een zestal vragen die een indicatie vormen voor problemen als gevolg van alcoholgebruik.

Diabetes: chronische aandoeningen (waaronder diabetes mellitus/suikerziekte) zijn gemeten met de concept-standaard van de nationale monitor die toen beschikbaar was.

Depressieve klachten: depressieve klachten zijn gemeten met een standaard meetinstrument, de EDS (Edinburgh Depression Scale-10). Er wordt een driedeling gehanteerd: geen depressieve symptomen, matige depressieve klachten en ernstige depressieve klachten (ernstige depressieve klachten vormen een indicatie voor een stoornis). Er was ten tijde van de voorbereiding van de Limburgse gezondheidsenquête geen standaard binnen de nationale monitor voor het onderdeel psychische gezondheid. Er zijn geen landelijke referentiecijfers beschikbaar. Omdat de GGD dit meetinstrument voor de eerste keer heeft gebruikt kan er ook geen trend worden vastgesteld.

5. LOKALE AANPAK VOLKSGEZONDHEID 2008 t/m 2011.

In oktober 2006 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn tweede preventienota “Kiezen voor gezond leven” uitgebracht, met daarin de centrale thema's roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes. Ook in het volksgezondheidsbeleid van de gemeente Brunssum zullen deze vijf thema's als prioriteiten worden benoemd.

De prioriteiten zijn gekozen op basis van zes criteria: (1) het gaat om een omvangrijk gezondheidsprobleem met (2) grote maatschappelijke gevolgen, dat (3) te beïnvloeden is door het stimuleren van gezond gedrag en (4) waarvoor geschikte effectieve interventies bestaan die (5) nog niet op grote schaal worden uitgevoerd en (6) bij de aanpak van het gezondheidsprobleem is er een rol voor de overheid weggelegd.

Om vergelijkingen mogelijk te maken worden hieronder twee tabellen met aantal inwoners (naar leeftijd) weergegeven. Als peildatum voor alle tabellen geldt 1 januari 2006.

Tabel A : aantal inwoners (1-1-2006)

	Aantal inwoners	Percentage
Brunssum	29.641	4,79 %
Totale GGD-regio Zuid-Limburg	619.387	100 %

Tabel B : aantal inwoners naar leeftijd

	Brunssum	Zuid-Limburg
0-19 jarigen	6.179 (4,75 %)	129.961
13-14 jarigen	727	14.138
15-16 jarigen	704	14.554
20-75 jarigen	21.246 (4,75 %)	447.564
55-75 jarigen	7.106	150.742
76 jarigen en ouder	2.216 (5,29 %)	41.862

(tussen haakjes het percentage per leeftijdsgroep in vergelijking tot Zuid-Limburg)

5.1 SMART-formulering en toekomstige monitoring.

Het motiveren van mensen tot gedragsverandering is een moeizaam proces, mensen moeten zich eerst bewust zijn dat ze een probleem hebben, daarna gemotiveerd worden om iets te veranderen in hun gedrag, hun gedrag daadwerkelijk veranderen en vervolgens deze gedragsverandering ook nog kunnen volhouden.

In de samenleving is het zo dat er meestal een kleine groep vrij snel te motiveren is tot verandering, dan heb je een grote groep die, via veel inspanning, te motiveren is en vervolgens is er een groep mensen die niet of nauwelijks te motiveren is tot verandering. Dit is een proces dat als samenleving doorlopen moet worden en dat relatief veel tijd kost. Via voorlichting, regelgeving en fysieke aanpassingen in de omgeving zijn bijvoorbeeld steeds meer mensen, de laatste decennia, gestopt met roken. Het gaat hoofdzakelijk om de gedragsverandering en niet alleen om het bereiken van bepaalde smart-doelen.

Via vierjaarlijkse gezondheidsmetingen wordt gezondheidsinformatie verzameld bij een steekproef uit de bevolking. Als kleine groepen mensen hun gedrag veranderen is dit slechts van beperkte invloed op de gezondheidsmeting, als grote aantallen mensen hun gedrag gaan veranderen zal dit sneller tot uiting komen in de gezondheidsmonitors. De metingen van eventuele successen in dit verband zullen nog enkele jaren op zich laten wachten.

Gemeenten werken doorgaans met een vierjarencyclus. Deze periode is voor het realiseren van een daadwerkelijke reductie van gezondheidsproblemen op bevolkingsniveau te kort. Als gemeenten de komende 4 tot 8 jaar meer verschillende interventies (via onze productafname) inzetten kunnen meer mensen bereikt worden. Dit proces wordt nog versterkt als er naast voorlichting ook ingezet wordt op aspecten als wetgeving en omgevingsaanpassing.

Het wordt voornamelijk niet realistisch geacht, mede gelet op bovenstaand proces van verandering, puur en alleen te kijken met een gemeentelijke blik. Het bevorderen van gezond gedrag vereist zowel landelijk, regionaal alsook lokaal inzet. Deze processen moeten elkaar versterken om gezamenlijk te kunnen werken aan veranderingen. De gemeente Brunssum zal derhalve middelen dienen in te zetten gericht op specifieke groepen. Dat zal niet eenmalig, maar integraal, vanuit verschillende invalshoeken en voor meerdere jaren, in het verlengde van regionale en landelijke interventies, moeten plaatsvinden.

De bekendmaking van monitorgegevens loopt steeds enkele jaren achter. De bereikte resultaten in 2011 zullen daarom steeds enkele jaren later bekend worden. Alhoewel het zogenaamd smart-maken van ambities, mede gelet op bovenstaande, voornamelijk nog geen realistische resultaten garandeert, is getracht de ambities voor 2011 "zo smart mogelijk" te beschrijven. Hierbij wordt tevens gewezen op de beschrijving van de producten in het productenboek van de GGD waarbij een nadere specificatie wordt gegeven hoe de gestelde doelen bereikt moeten worden.

Per speerpunt zullen onderstaand (hoofdstuk 5.2 t/m 5.6) de ambities voor de komende vier jaren worden aangegeven. In hoofdstuk 5.6 zullen deze nogmaals "in totaalbeeld" worden opgenomen.

Opgemerkt wordt dat momenteel regionaal een nieuwe opzet van een gezondheidsmonitor voorligt. In 2008 zal daartoe een voorstel gereed komen waarbij (onder voorbehoud van nadere besluitvorming) aandacht besteed zal dienen te worden aan de volgende criteria voor prioriteiten in het onderzoek, thema's en planning:

a. t.a.v. criteria voor prioriteiten in onderzoek:

1. omvang van het probleem; een veel voorkomend gezondheidsprobleem heeft meer prioriteit dan een weinig voorkomend gezondheidsprobleem;
2. de ernst van het probleem: een probleem dat ingrijpende gevolgen heeft is belangrijker dan een probleem dat weinig gevolgen heeft voor het leven van een individu;
3. de mogelijkheid om het gezondheidsprobleem te beïnvloeden: een probleem dat door gemeenten te beïnvloeden is, heeft meer prioriteit dan een probleem waar gemeenten geen invloed op uit kunnen oefenen;
4. politieke belang: een probleem dat door de bevolking/politiek van belang wordt gevonden heeft meer prioriteit dan een probleem dat door de politiek/bevolking als niet-belangrijk wordt beschouwd;
5. wettelijke eisen, eisen van Inspectie Volksgezondheid, landelijke of lokale prioriteiten

b. t.a.v. thema's met de hoogste prioriteit voor lokaal gezondheidsbeleid:

Als de criteria worden toegepast op alle onderwerpen en rekening wordt gehouden met de mening van de professionals over de relevantie voor lokaal gezondheidsbeleid en het GGD-beleid dan kunnen negen thema's worden benoemd:

1. gegevens over leefstijl

- overgewicht en in dit verband ook voeding en bewegen;
- genotmiddelen: roken, alcohol, drugs;
- onveilig rijden

2. gegevens over aandoeningen

- psychische gezondheid w.o. depressie;
- diabetes;
- hart- en vaatziekten;
- COPD, astma e.a. luchtwegklachten;
- meest voorkomende vormen van kanker;

3. gegevens over samenstelling van de bevolking w.o. SES

4. gegevens over leefomgeving

- buitenmilieu;
- hinder

5. gegevens over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg

- eerstelijnsvoorzieningen;
- wachtlijsten tweedelijnsvoorzieningen w.o. jeugdhulpverlening;
- voorzieningen voor kwetsbare mensen – w.o. onverzekerden;
- mantelzorg, vrijwilligers in de zorg

6. gegevens over zorgbehoefte en zorggebruik

- lichamelijke beperkingen;
- kwetsbare mensen – OGGZ;
- huiselijk geweld en kindermishandeling

7. sociale kaart preventieactiviteiten

- aanbod, bereik, te verwachten effecten:
- overgewicht;
- genotmiddelen;
- onveilig rijden;
- psychische gezondheid

8. gegevens relatieve gezondheidssituatie

- van de eigen regio t.o.v. andere regio's in Nederland;
- achterstanden in gezondheid van bepaalde groepen

9. Actuele thema's voor de regio

- seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's).

c. t.a.v. planning:

Een cruciaal onderdeel in de planning is dat er informatie beschikbaar komt voor de volgende lokale nota volksgezondheid die zal worden vastgesteld eind 2011. Dit betekent dat uiterlijk enkele maanden voor het vaststellen van de nota alle benodigde gegevens beschikbaar moeten zijn. Volgens verwachtingen is de monitor nieuwe stijl gereed in december 2010. Deze monitor zal in het vervolg worden aangeduid met de term “regionale volksgezondheid toekomst verkenning” (rVTV).

d. t.a.v. aansluiting bij de lokale nota:

De uitkomsten van het jongerenonderzoek, het volwassenenonderzoek en het seniorenonderzoek zullen toekomstig in één verslag worden aangeleverd. Tevens wordt een betere aansluiting gerealiseerd met de lokale nota's volksgezondheid waarbij meer informatie m.b.t. de gezondheidsproblemen bekend wordt die vervolgens voor de beleidsvoorbereiding in onze gemeente relevant is. Zodoende kan vanaf 2011 een compleet beeld gegeven worden van de gezondheidssituatie van de gemeente Brunssum waardoor het mogelijk is meer rekening te houden met de omvang van het probleem, de ernst van het probleem, de beïnvloedbaarheid van het probleem, het politiek belang en de wettelijke eisen.

5.2 Roken.

Ondanks het feit dat het percentage rokers sterk is gedaald blijft roken verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfte aan (long-) kanker, astma en chronische vernauwing van de luchtwegen (COPD). Verder is ongeveer 30% van de sterfte aan coronaire hartziekten en ongeveer 14% van de sterfte aan beroerte te wijten aan roken. Roken schaadt bovendien niet alleen de gezondheid van de roker zelf, maar ook die van anderen in zijn omgeving. Meeroken (passief roken) leidt in Nederland jaarlijks naar schatting tot tien gevallen van wiegendood, enkele honderden doden door longkanker, enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen en vele tienduizenden (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen. Stoppen met roken geeft direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven.

5.2.1 Ambitie.

In Brunssum wordt gestreefd naar een verdere daling van het percentage rokers naar respectievelijk 21 % (15-16 jarigen), 26 % (volwassenen) en 20 % (ouderen) in 2011.

5.2.2 Doelgroep en maatregelen.

Jongeren zijn de belangrijkste doelgroep. Niet beginnen met roken is nog altijd de beste remedie tegen roken. Een andere doelgroep waar veel gezondheidswinst is te behalen, is de groep mensen met een lage sociaal-economische status. Maatregelen voor het stoppen met roken en het voorkomen van beginnen met roken, starten vooral met voorlichting en educatie. Zo kan bijvoorbeeld roken als thema worden opgenomen in het onderwijs. Ook kennis en houding (mate van sociaal geaccepteerd gedrag) ten opzichte van roken hebben invloed op het uiteindelijke gedrag. Verder kunnen er afspraken worden gemaakt met zorgverleners (huisartsen, verloskundigen, thuiszorginstellingen) over advisering en ondersteuning ten aanzien van stoppen met roken. Naast persoonsgebonden factoren is ook de fysieke en sociale omgeving belangrijk (wet en regelgeving, voorzieningen), bijvoorbeeld een rookverbod of het beperken van het aantal verkooppunten, maar ook een betere bescherming van de niet-roker.

Het product Gezonde school en genotmiddelen voor het basisonderwijs en voortgezet onderwijs is onderdeel van het project Schoolslag. In de gemeente Brunssum wordt dit programma op 1 basisschool uitgevoerd. Op het voortgezet onderwijs (ook voor Brunssumse jongeren die in Heerlen naar school gaan) zal eveneens 1 programma draaien in 2008.

Tabel C : percentage roken door leerlingen van klas 2 (13-14 jaar) en klas 4 (15-16 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
Klas 2			
2001	21	17	21
2005	7	10	13
Klas 4			
2001	34	31	40
2005	23	22	31

Tabel D : percentage roken door volwassenen (20-75 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
1998			
Ja	38	36	36
Vroeger wel	29	30	33
Nooit gedaan	34	34	31
2003			
Ja	29	30	35
Vroeger wel	37	35	
Nooit gedaan	34	35	65

Tabel E : percentage roken door ouderen (55-75 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
1998			
Ja	32	29	31
Vroeger wel	36	41	45
Nooit gedaan	31	30	25
2003			
Ja	22	23	24
Vroeger wel	47	48	
Nooit gedaan	31	29	76

5.3 Overgewicht.

Overgewicht en obesitas (extreem overgewicht) vormen een snel groeiend probleem voor de gezondheid in Nederland. Er is een directe relatie tussen overgewicht en tal van chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, suikerziekte, kanker en gewrichtsproblemen.

Ook psychosociale consequenties van overgewicht en obesitas hebben grote invloed op de kwaliteit van leven van veel mensen.

Een belangrijk aandachtspunt bij het groeiende probleem van overgewicht is de toename van kinderen met overgewicht, soms al op hele jonge leeftijd. Vooral in de leeftijdscategorie 9-11 jaar neemt het aantal kinderen met overgewicht toe.

5.3.1 Ambitie.

In Brunssum wordt gestreefd naar een stabilisering van het percentage volwassenen met overgewicht tot maximaal 37 % en een afname van het percentage jeugdigen met overgewicht met 1 % per leeftijdsgroep in 2011.

5.3.2 Doelgroep en maatregelen.

Het bestrijden van overgewicht hangt sterk samen met een gezonde levensstijl. Wanneer op jonge leeftijd een gezonde levensstijl wordt aangeleerd, levert dit op latere leeftijd veel gezondheidswinst op. Daarom is het heel belangrijk dat alle kinderen in Zuid-Limburg een gezonde levensstijl aanleren. Kinderen met overgewicht hebben extra begeleiding nodig. Belangrijk is om de ouders erbij te betrekken, zij hebben een grote invloed op de leefstijl van de kinderen en hebben een voorbeeldfunctie. Maatregelen liggen vooral in de lijn van het verhogen van de lichamelijke activiteit en het bevorderen van gezond eten, vooral voedsel met een lage energiedichtheid. Door middel van voorlichting en educatie kan het individu hierop worden gewezen. Echter ook een omgeving waarin gezond gedrag wordt gestimuleerd en voor de hand ligt, kan een bijdrage leveren aan het tegengaan van overgewicht. Bijvoorbeeld een omgeving waar ruimte is om te spelen of waar lopen en fietsen prettig en veilig is. De makkelijkste keuze dient een gezonde keuze te zijn. Belangrijk bij de aanpak van overgewicht is een gezamenlijke aanpak. Op landelijk niveau heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met diverse partijen (scholen, bedrijfsleven, werkgevers, zorgsector, levensmiddelenindustrie, sport) afspraken gemaakt over het stimuleren van bewegen en gezonde voeding. Ook in Brunssum is extra aandacht voor een gezamenlijke integrale aanpak met diverse partners.

In de gemeente wordt jaarlijks 1 cursus RealFit aangeboden. Hieraan wordt deelgenomen door 15 kinderen. Daarnaast wordt 1 cursus Slimkids aangeboden. Ook hieraan wordt deelgenomen door 15 kinderen.

Tabel F : percentage overgewicht mannen en vrouwen (20-75 jaar) in 1998 en 2003

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
1998			
Ondergewicht	2	2	2
Normaal	49	53	58
Overgewicht	38	35	32
Extreem overgewicht	10	10	10
Overgewicht en extreem overgewicht	48	45	40
2003			
Ondergewicht	2	2	2
Normaal	48	49	53
Overgewicht	37	37	35
Extreem overgewicht	13	13	10
Overgewicht en extreem overgewicht	50	50	45

Tabel G : percentage overgewicht bij jongens en meisjes

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
Jongens : 5-6 jarigen			
Overgewicht	7	6	-
Extreem overgewicht	3	3	-
Overgewicht en extreem overgewicht	10	9	10
Meisjes : 5-6 jarigen			
Overgewicht	9	9	-
Extreem overgewicht	3	3	-
Overgewicht en extreem overgewicht	12	12	15
Jongens : 9-11 jarigen			
Overgewicht	15	13	-
Extreem overgewicht	4	3	-
Overgewicht en extreem overgewicht	19	16	15
Meisjes : 9-11 jarigen			
Overgewicht	14	15	-
Extreem overgewicht	1	4	-
Overgewicht en extreem overgewicht	16	19	18
Jongens : 13-14 jarigen			
Overgewicht	12	12	-
Extreem overgewicht	1	3	-
Overgewicht en extreem overgewicht	13	15	15
Meisjes : 13-14 jarigen			
Overgewicht	10	12	-
Extreem overgewicht	2	3	-
Overgewicht en extreem overgewicht	12	14	16

Tabel H : percentage overgewicht mannen en vrouwen (55-75 jaar) in 1998 en 2003

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
1998			
Ondergewicht	2	1	1
Normaal	39	39	46
Overgewicht	47	46	42
Extreem overgewicht	13	14	11
Overgewicht en extreem overgewicht	59	60	53
2003			
Ondergewicht	0	1	1
Normaal	36	37	41
Overgewicht	45	45	44
Extreem overgewicht	19	17	14
Overgewicht en extreem overgewicht	64	62	58

5.4 Schadelijk alcoholgebruik.

Teveel alcohol drinken heeft negatieve effecten op lever, nieren, hart- en bloedvaten, zenuwstelsel en immuunsysteem, en hangt tevens samen met agressie, criminaliteit, openbare orde, verkeersveiligheid en problemen op het werk (verzuim, onvoldoende functioneren). Hoewel het alcoholgebruik in Nederland niet toeneemt is er een grote groep waarbij sprake is van overmatig alcoholgebruik, soms al op jonge leeftijd. Onderzoek in Limburg wijst uit dat het percentage 13/14-jarigen dat wel eens alcohol drinkt licht is gedaald. Echter, degenen die wel drinken beginnen daarmee op steeds jongere leeftijd. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid.

Fors alcoholgebruik op jonge leeftijd kan leiden tot acute alcoholvergiftiging en op langere termijn schade aan de hersenen. Wie jong begint met het drinken van alcohol blijkt op latere leeftijd een verhoogd risico op alcoholproblemen te hebben.

5.4.1 Ambitie.

In Brunssum wordt gestreefd naar een afname van het percentage probleemdrinkers onder volwassenen naar 7,5 % in 2011.

5.4.2 Doelgroep en maatregelen.

Het veel drinken per keer en het niet kunnen overzien van de gevolgen van alcoholgebruik maakt dat jongeren specifieke aandacht nodig hebben. Voorlichting over de gevolgen van alcohol is daarbij een belangrijk onderdeel. Ook de ouders moeten hiervan worden doordrongen. Er dienen echter ook maatregelen te worden genomen om de kans dat jongeren in aanraking komen met alcohol te verkleinen. Gedacht kan worden aan strenge controle bij drankverkoop, uitgaansgelegenheden en het verbieden van alcoholverkoop bij bepaalde (jeugd)evenementen.

Vanaf eind 2008 zal het preventienetwerk alcohol functioneren. Uit dit preventienetwerk worden de activiteiten rond preventie van alcoholconsumptie bij jeugd nader georganiseerd.

Tabel I : percentage alcoholgebruik leerlingen van klas 2 (13-14-jaar) en klas 4 (15/16-jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
Dronken in de afgelopen 4 weken			
Klas 2 in 2001	15	11	10
Klas 2 in 2005	9	8	11
Klas 4 in 2001	34	32	39
Klas 4 in 2005	33	33	37
Drinkt 20 glazen alcohol per week			
Klas 2 in 2001	1,7	1,7	-
Klas 2 in 2005	0,4	1,5	-
Klas 4 in 2001	10	10	-
Klas 4 in 2005	7	10	-
Zwaar "binge"drinken 3 x per maand			
Klas 2 in 2005	4	6	11
Klas 4 in 2005	18	20	28

Tabel J : percentage alcoholgebruik bij volwassenen (20-75 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
Drinkt alcohol (1998)			
Ja	78	81	86
Vroeger wel	8	8	
Nooit gedaan	14	11	14
Drinkt alcohol (2003)			
Ja	87	87	85
Vroeger wel	3	4	
Nooit gedaan	10	9	15
Zwaar drinken 1 x per week			
1998	11	13	13
2003	15	14	13
Drankprobleem (2005)			
Drinkt niet	14	14	-
Heeft geen drankprobleem	77	77	-
Heeft een drankprobleem	9	9	-
Drinkt verantwoord (2005)			
Drinkt niet	14	14	-
Drinkt verantwoord	45	43	-
Drinkt niet verantwoord	41	43	-

Tabel K : percentage alcoholgebruik bij ouderen (55-75 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
Drinkt alcohol (1998)			
Ja	74	74	86
Vroeger wel	8	11	
Nooit gedaan	17	15	14
Drinkt alcohol (2003)			
Ja	86	85	81
Vroeger wel	3	6	
Nooit gedaan	11	9	19
Zwaar drinken 1 x per week			
1998	4	7	8
2003	15	12	8
Drankprobleem (2005)			
Drinkt niet	17	18	-
Heeft geen drankprobleem	75	73	-
Heeft een drankprobleem	9	9	-
Drinkt verantwoord (2005)			
Drinkt niet	16	18	-
Drinkt verantwoord	48	43	-
Drinkt niet verantwoord	36	40	-

5.5 Depressie.

Mensen met een depressie hebben een grotere kans om vroegtijdig te overlijden. Zij leven ongezonder, nemen meer risico's met hun gezondheid, hebben minder weerstand, worden sneller ziek, genezen slechter, en plegen vaker suïcide. Per jaar lijden 738.000 mensen in Nederland aan een depressie. Jaarlijks ontstaan er 359.000 nieuwe gevallen van depressie bij volwassenen, meer cijfers zijn landelijk niet bekend. In Zuid-Limburg geeft 35% van de volwassenen aan last te hebben van matige depressieve klachten en 11% geeft aan last te hebben van depressieve klachten. Depressieve klachten onder ouderen (leeftijd 55-75) geeft eenzelfde soort beeld. Depressie veroorzaakt omvangrijke economische kosten, niet alleen door de uitgaven in de zorg maar ook door het hogere arbeidsverzuim. Specifieke gegevens over jeugd en depressie zijn niet bekend. Wat wel een belangrijke factor is bij de gemoedstoestand van jongeren is of zij wel of niet worden gepest op school.

5.5.1 Ambitie.

Op dit moment is het jaarlijks bereik van mensen die hulp bij depressies ontvangen zeer beperkt, slechts 1% van de nieuwe gevallen. Ondanks het feit dat de belangrijkste doelstelling voor de komende jaren het realiseren van een groter bereik van de bewezen effectieve interventies tegen depressie is wordt in Brunssum gestreefd naar een afname van het percentage ernstige depressieve klachten onder volwassen tot 11 % in 2011.

5.5.2 Doelgroep en maatregelen.

Depressiviteit kan verschillende oorzaken hebben waardoor duidelijke maatregelen moeilijk zijn aan te geven. Depressiviteit kan bijvoorbeeld te maken hebben met de prioriteiten alcohol of overgewicht. Depressiviteit hangt samen met persoonlijke kenmerken maar ook met de omgeving van de persoon. Een gemeente dient ernaar te streven om voor burgers een gezonde en veilige leefomgeving te creëren waarin zij volop kunnen participeren door middel van werk, sport en sociale activiteiten. Het op tijd signaleren van depressieve klachten is daarbij belangrijk zodat tijdig maatregelen kunnen worden genomen. Daarbij zal samenwerking worden gezocht met de eerstelijnsgezondheidszorg. Via de scholen zal aandacht worden besteed aan pesten op school en de gevolgen daarvan voor de jongeren.

In de gemeente worden jaarlijks 3 cursussen No Limits aangeboden aan de basisschool, waarbij scholen een pakket op maat kunnen samenstellen. Daarnaast wordt het product Marietje Kessels aangeboden dat plaatsvindt op Basisschool Meander (Brunssum-Oost).

Tabel L : percentage pesten bij/door leerlingen van klas 2 (13/14 jaar) en klas 4 (15-16 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg
Wekelijks gepest op school		
Klas 2 – 2001	11	7
Klas 2 - 2005	8	6
Klas 4 – 2001	6	4
Klas 4 - 2005	2	3
Wekelijks gepest buiten school		
Klas 2 – 2001	2,6	2,5
Klas 2 – 2005	2,0	2,4
Klas 4 – 2001	2,7	1,4
Klas 4 – 2005	1,5	1,4
Doet zelf wekelijks aan pesten		
Klas 2 - 2001	12	7
Klas 2 – 2005	6	6
Klas 4 – 2001	12	7
Klas 4 - 2005	6	9

Tabel M : percentage depressieve klachten bij volwassenen (20-75 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg
Depressieve klachten		
Geen	55	54
Matig	34	35
Ernstig	12	11

Tabel N : percentage depressieve klachten bij ouderen (55-75 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg
Depressieve klachten		
Geen	55	52
Matig	34	36
Ernstig	11	11

5.6 Diabetes.

Diabetes is een ernstige chronische ziekte die schade toebrengt aan de bloedvaten en het zenuwstelsel. Mensen met diabetes lopen hierdoor een verhoogd risico op: hart- en vaatziekten, blindheid, nierziekten, gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen. Type 1 diabetes ontstaat op jonge leeftijd, terwijl type 2 diabetes geleidelijk ontstaat en sterk gerelateerd is aan het leefpatroon. Zo heeft 80-90% van de type 2 diabetes patiënten overgewicht. Verontrustend is dat type 2 diabetes stijgt onder jongeren. Deze stijging loopt parallel met de stijging van overgewicht onder kinderen en jong volwassenen.

5.6.1 Ambitie.

In Brunssum is het percentage diabetes duidelijk hoger dan in Nederland. Ondanks het feit dat de verwachtingen zijn dat het aantal diabetes toekomstig zal stijgen wordt in Brunssum gestreefd naar een stabilisering van het percentage diabetes onder volwassenen tot 4,1 % in 2011.

5.6.2 Doelgroep en maatregelen.

De belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van type 2 diabetes bij volwassenen zijn overgewicht, inactiviteit, ongezonde voeding en roken. Bij kinderen is ernstig overgewicht de belangrijkste risicofactor. Het tegengaan van de groei van mensen met diabetes ligt vooral bij het voorkomen van type 2 diabetes, aangezien type 1 diabetes voortkomt uit een aangeboren afwijking. De maatregelen om type 2 diabetes te voorkomen zijn dezelfde als de maatregelen voor prioriteit overgewicht, namelijk het verhogen van de lichamelijke activiteit en gezonde voeding. Naast het voorkomen van diabetes is het tevens van belang diabetes vroeg te signaleren om zo complicaties te verminderen. Daarbij moet vooral aandacht zijn voor doelgroepen met een hoog risico.

Dat zijn mensen boven de 45 jaar met overgewicht, mensen met een lage sociaal-economische status en mensen van Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse afkomst.

Voor de aanpak van diabetes worden diverse preventieve producten afgenomen die tevens (en deels) vallen onder de overige speerpunten.

Tabel O : percentage diabetes bij volwassenen in 1998 en 2003 (20-75 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
1998	3,4	3,2	2,4
2003	4,1	4,6	3,1

Tabel P : percentage diabetes bij ouderen in 1998 en 2003 (55-75 jaar)

	Brunssum	Zuid-Limburg	Nederland
1998	7,3	8,4	6,9
2003	8,7	9,6	8,0

5.7 Aanpak prioriteiten.

Het vaststellen van gezamenlijke (regionale) prioriteiten voor de diverse nota's lokaal volksgezondheidsbeleid biedt ook de mogelijkheden om meer op regionaal niveau samen te werken. In de regionale nota zijn de beleidsdoelstellingen per prioriteit benoemd en is aangegeven welke acties de komende vier jaar op regionale niveau worden opgepakt. Met het regionale programma wordt toegewerkt naar meer sturen op maatschappelijke effect en concretere beleidsdoelstellingen. Om het maatschappelijke effect en de beleidsdoelstelling goed te kunnen bepalen, is er ook behoefte aan meer informatie over de effecten van interventies. Op dit moment is deze informatie beperkt, waardoor er nu uitgegaan wordt van de algemene landelijke doelstellingen zoals deze zijn verwoord in de landelijke preventienota. Naar de toekomst toe zal zowel de gemeente als de GGD Zuid-Limburg extra aandacht geven aan de effecten (effectiviteit) van de uitgevoerde interventies.

Alle genoemde prioriteiten kunnen worden opgepakt door middel van voorlichting en activiteiten om zo het gedrag van burgers positief te beïnvloeden. Echter het beste resultaat wordt bereikt met een integrale aanpak van volksgezondheidsbeleid. Een integrale aanpak betekent dat op meerdere beleidsterreinen aandacht wordt besteed aan gezondheid met als doel de volksgezondheid te bevorderen en/of gezondheidsschade te voorkomen en het gedrag van burgers positief te beïnvloeden. Gedacht kan worden aan sportbeleid, onderwijs, inrichting van de openbare ruimte en verkeersmaatregelen. Door preventieve activiteiten en maatregelen op elkaar af te stemmen, kunnen ze elkaar ondersteunen. Naast aandacht voor een integrale aanpak binnen de gemeentelijke beleidsterreinen kunnen ook diverse partners (scholen, welzijnsinstellingen, corporaties) in de gemeente worden gestimuleerd om aandacht te hebben voor gezondheid bij hun activiteiten.

Daarom wordt voorgesteld om één van de prioriteiten gezamenlijk, met 19 gemeenten, op te pakken, waarbij ook specifiek aandacht is voor een integrale aanpak. De prioriteit overgewicht leent zich daar uitstekend voor. Overgewicht is een steeds groter wordend probleem en kan worden bestreden door:

- het bevorderen van een gezonde leefstijl (meer te bewegen, gezonde voeding);
- het positief beïnvloeden van de sociale omgeving (thuis, werk, school en buurt); en,
- het positief beïnvloeden van de fysieke omgeving (woonomgeving, groenvoorzieningen, aanbod voorzieningen).

Op regionaal niveau wordt ten aanzien van de prioriteit overgewicht het accent gelegd op de doelgroep jeugd.

5.8 Ambities volksgezondheid voor de periode 2008 t/m 2011.

- 1°. de landelijke en regionale prioriteiten roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes over te nemen in het lokaal volksgezondheidsbeleid;
- 2°. de bereikte resultaten m.b.t. de onder genoemde prioriteiten t/m 2011 als uitgangspunt te nemen voor het vanaf 2012 in te zetten beleid en de ambities vanaf dat moment smart te formuleren;
- 3°. deel te nemen aan de monitor nieuwe stijl die wellicht gereed is in december 2010 en die toekomstig zal worden aangeduid met de term "regionale volksgezondheid toekomst verkenning" (rVTV);
- 4°. vanaf 2011 een compleet beeld te geven van de gezondheidssituatie van de gemeente Brunssum waardoor het mogelijk is meer rekening te houden met de omvang van het probleem, de ernst van het probleem, de beïnvloedbaarheid van het probleem, het politiek belang en de wettelijke eisen;
- 5°. te streven naar een verdere daling van het percentage rokers naar respectievelijk 21 % (15-16 jarigen), 26 % (volwassenen) en 20 % (ouderen) in 2011;
- 6°. te streven naar een stabilisering van het percentage volwassenen met overgewicht tot maximaal 37 % en een afname van het percentage jeugdigen met overgewicht met 1 % per leeftijdsgroep in 2011;
- 7°. te streven naar een afname van het percentage probleemdrinkers onder volwassenen naar 7,5 % in 2011;
- 8°. te streven naar een afname van het percentage ernstige depressieve klachten onder volwassenen tot 11 % in 2011;
- 9°. te streven naar een stabilisering van het percentage diabetes onder volwassenen tot 4,1 % in 2011.

6. JEUGDGEZONDHEIDSZORG.

Vanaf 2003 is de gemeente verantwoordelijk voor de integrale jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19 jaar. Vanaf dat moment is het ook wettelijk verplicht om te werken volgens het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Het Basistakenpakket is verdeeld in een uniform gedeelte en een maatwerk gedeelte. Het uniforme gedeelte houdt in dat elk kind woonachtig in Nederland dezelfde basale preventieve zorg aangeboden krijgt. Het maatwerk gedeelte geeft de gemeenten de beleidsvrijheid om activiteiten ten aanzien van preventie en zorg toe te snijden op de specifieke behoeften van de eigen jeugdpopulatie.

Het algemene doel van de jeugdgezondheidszorg is het bevorderen, beschermen en bewaken van de lichamelijke, en psychosociale ontwikkeling van alle jeugdigen, zowel op individueel als populatieniveau. Het streven is verschillen in gezondheid te verkleinen en iedereen gelijke kansen op gezondheid te bieden. Informatieverstrekking, vroegsignalering, opvoedondersteuning, toeleiding naar professionele hulpverlening en voorzieningen, preventieve activiteiten gericht op specifieke risicogroepen en thematische preventie over leefstijlen staan voorop. Het beoogde effect van de jeugdgezondheidszorg is een zo gezond mogelijke jeugd en het voorkomen van uitval van jeugdigen.

De doelstelling om te komen tot integrale jeugdgezondheidszorg in Zuid-Limburg is inmiddels voortvarend opgepakt. Er zijn diverse protocollen opgesteld om zo de continuïteit en kwaliteit van de ondersteuning voor kind en ouder te waarborgen. Ook wordt er steeds intensiever samengewerkt met ketenpartners, zoals peuterspeelzaalwerk, kinderopvang en onderwijsinstellingen. In onze regio wordt bijvoorbeeld deelgenomen aan het landelijke project Samen Starten (zie hoofdstuk 6.3). Naast een versterking van de lokale samenwerking wordt er hierdoor vooral gewerkt aan een integrale vroegsignalering ten aanzien van alle problemen die zich voordoen bij en rondom het jonge kind. Daarnaast wordt bekeken of de werkmethode kan worden uitgebreid naar de groep 4-19 jarigen.

Eind 2007 loopt de eerste fase van de wet, om te komen tot een integrale jeugdgezondheidszorg, af. Na een evaluatie in 2006 zal het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2007 komen met nieuw beleid rondom de jeugdgezondheidszorg. Daarbij zal er ook aandacht zijn voor de manier van financiering van het uniforme gedeelte 0-4 jarigen, nu een specifieke uitkering. Er wordt gedacht aan twee mogelijkheden: opnemen van de specifieke uitkering in het gemeentefonds of financiering van de jeugdgezondheidszorg als onderdeel van een brede doeluitkering (BDU) jeugdzorgbeleid. De afgelopen periode heeft duidelijk gemaakt wat het belang is van specifieke middelen voor de jeugdgezondheidszorg. Daarom zullen - onafhankelijk van de toekomstige manier van financiering - alle nu beschikbare middelen voor de jeugdgezondheidszorg vanaf 2008 worden behouden voor de jeugdgezondheidszorg.

Wettelijk hoeft er voor het onderdeel jeugdgezondheidszorg geen aparte beleidsnota te worden vastgesteld. Jeugdgezondheidszorg is een onderdeel van de WCPV waarvoor elke vier jaar een lokale volksgezondheidsnota moet worden vastgesteld. Daarom wordt de jeugdgezondheidszorg geheel opgenomen worden in de regionale nota en wordt er voor de gemeente Brunssum geen aparte jeugdgezondheidszorgnota worden opgesteld. Mochten er na vaststelling van de regionale volksgezondheidsnota nog aanvullende zaken komen van het rijk die moeten worden vastgesteld door de raad, dan zal dit eind 2007 worden voorgelegd.

Op het gebied van de jeugdgezondheidszorg en in het algemeen jeugdbeleid zijn er de afgelopen periode allerlei ontwikkelingen geweest. Te denken valt onder meer aan de uitkomsten van Operatie Jong en de overheveling van vijf specifieke functies op het gebied van opvoedondersteuning/preventieve jeugdzorg naar de WMO.

Eén van de centrale ideeën, voortgekomen uit operatie Jong, is de vorming van een Centrum voor Jeugd en Gezin (soms ook Ouder-Kind Centra genoemd). Doel van zo'n centrum is versterken en bundelen van taken op het gebied van opvoeding, preventieve gezondheidszorg en bescherming. Een Centrum voor Jeugd en Gezin moet een laagdrempelige voorziening in de buurt zijn voor kind en ouder waar verschillende ketenpartners nauw met elkaar samenwerken. Op dit moment zijn al op diverse plaatsen ontwikkelingen gaande op het gebied van opvoedondersteuning en Centrum voor Jeugd en Gezin. De komende periode zal deze ontwikkeling veel invloed hebben op de jeugdgezondheidszorg. Een aantal ideeën zal, mede gelet op de regionale samenwerking, nader worden uitgewerkt in het vierjarige beleidsplan WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

6.1 Ontwikkelingen jeugdgezondheidszorg 2008 t/m 2011.

- invoering van een elektronisch kinddossier jeugdgezondheidszorg 0-19 en daaraan gekoppeld een systeem van verwijzing zodat ketenpartners rondom jeugd elkaar informeren over de problematiek van een kind, en er afstemming kan plaatsvinden zodat efficiënte en adequate hulp kan worden geboden (zie hoofdstuk 6.2);
- het ontwikkelen van een laagdrempelige voorziening voor ouder en kind voor allerlei vragen over opvoeden en opgroeien;
- meer en gerichtere aandacht voor kinderen met psychosociale problematiek, risicokinderen en kinderen waarbij meervoudige problematieke spelen;
- regievoeren op het realiseren van een goede zorgcoördinatie-structuur door de ketenpartners jeugd;
- bij de al eerder genoemde landelijke prioriteiten op het gebied van algemene gezondheid is een aantal keren ook jeugd genoemd als specifieke aandachtsgroep. Met name bij overgewicht en alcohol. Het spreekt voor zich dat voor deze prioriteiten binnen de jeugdgezondheidszorg maatregelen zullen worden getroffen om de ongewenste gezondheidseffecten bij de jeugd te verminderen;
- de beschikbare middelen vanuit het rijk, onafhankelijk van de manier van financiering, beschikbaar houden voor de jeugdgezondheidszorg.

Opgemerkt wordt dat de hierboven genoemde onderwerpen (o.a. met betrekking tot de toekomstige Centra voor Jeugd en Gezin) nader worden uitgewerkt in de nota Jeugdbeleid die in 2008 aan de Raad ter besluitvorming zal worden voorgelegd.

6.3 Invoering elektronisch kinddossier.

De ontwikkeling van het elektronisch kinddossier in de jeugdgezondheidszorg (EKD JGZ) is in 2004 gestart. De Jeugdgezondheidszorg registreert op dit moment in een papieren dossier. Informatie-overdracht (bijvoorbeeld bij verhuizing) vindt niet of onvoldoende efficiënt plaats. Daarnaast raken kinderen buiten beeld omdat zij op meerdere adressen wonen (co-ouderschap). Daarnaast zijn er groepen van kinderen (zwerfkinderen en asielzoekers) die zich regelmatig verplaatsen waardoor autoriteiten onvoldoende zich hebben op hun verblijfplaats. Op het ogenblik hebben gemeenten geen goed instrument om alle kinderen in beeld te hebben en te houden. Met de ontwikkeling van het elektronisch kinddossier in de jeugdgezondheidszorg zal dit aspect aanzienlijk verbeterd worden. Via een financiële impuls worden de gemeenten inmiddels in de gelegenheid gesteld het dossier te optimaliseren. De uitkering voor het jaar 2007 als tegemoetkoming in de kosten van uitvoering is inmiddels vastgesteld op een bedrag van € 10.100. De basis voor de berekening voor deze tegemoetkoming is het aantal jongeren van 0-19 jaar dat op 1-1-2006 in de gemeente Brunssum woonachtig was. Volgens opgave van het CBS is dat in de gemeente Brunssum in totaal 6.178. Hierbij wordt rekening gehouden met het aantal contactmomenten in de leeftijdsgroepen 0-4 jaar (€ 6.262) en 4-19 jaar (€ 3.88). De uitkering is door het Ministerie van VWS in april 2007 uitbetaald. I.v.m. de implementatie van het EKD wordt dit bedrag uitbetaald aan de GGD Zuid-Limburg die de projectgelden (na overleg met de thuiszorgorganisaties MeanderGroep, Groene Kruis Domicura en Thuiszorg Westelijke Mijnstreek) beheert.

6.3 Preventief jeugdbeleid en het project Samen starten.

De jeugdgezondheidszorg maakt deel uit van het gemeentelijke openbare gezondheidsbeleid en het brede lokale jeugdbeleid. Preventief jeugdbeleid omvat ook aandacht voor een goede ondersteuning van de ouders bij de opvoeding van hun kind. Deze steun bestaat uit voorlichting, pedagogische advisering en begeleiding, praktische hulp bij de verzorging van kinderen, sociale steun en gezinshulpverlening. In dit verband spelen vooral de consultatiebureaus een belangrijke rol. Met name de voorlichtende en signalerende rol van de consultatiebureaus bij de opvoedingsondersteuning van kinderen met risico's, is van groot belang.

De Staatssecretaris heeft in november 2005 besloten de Tijdelijke Regeling Specifieke Uitkering Jeugdgezondheidszorg te wijzigen met dien verstande dat, met ingang van 2006, structureel aan de gemeenten een uitkering wordt verstrekt voor de uitvoering van het preventief jeugdbeleid. Dit naast de reguliere gelden voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.

De gemeente Brunssum heeft in het kader van bovengenoemd preventief jeugdbeleid inmiddels een jaarlijkse doeluitkering (2006: € 13.500,- en 2007: € 11.706,-) ontvangen (aantal kinderen < 1 jaar x € 50,-).

Vanaf 2004 zijn door de GGD Oostelijk Zuid-Limburg meerdere rapporten uitgebracht waarin cijfers gepresenteerd werden over de psychosociale gezondheid jeugd 4-19 jaar en thuisgeweld. Bij één op de drie kinderen/jeugdigen in het reguliere onderwijs constateert de jeugdgezondheidszorg dat er sprake is van een psychosociaal probleem. In het speciaal onderwijs betreft dit zelfs twee op de drie kinderen/jeugdigen.

Bij 4% van de kinderen/jeugdigen is er zelfs sprake van zodanig ernstige psychosociale problemen dat adequaat functioneren niet meer mogelijk is en hulpverlening noodzakelijk is.

Uit een onderzoek naar geweldslachtoffers en huiselijk geweld in regio Oostelijk Zuid-Limburg blijkt dat jaarlijks minimaal 900 kinderen slachtoffer worden van kindermishandeling. Daarnaast zijn in onze regio nog eens 900 kinderen getuige van huiselijk geweld. Beide situaties zijn verantwoordelijk voor ernstige psychische gevolgen voor de betrokken kinderen.

Op basis van landelijke cijfers over het voorkomen van psychiatrische problematiek bij volwassenen is voor de Parkstad gemeenten berekend dat circa één op de drie kinderen opgroeit in een gezin waarbij één van de ouders een psychiatrisch probleem heeft. Met betrekking tot verslavingsproblematiek groeit één op de twaalf kinderen op in een gezin waarvan één van de ouders een probleemdrukker is.

Het project Samen Starten is een (door het Ministerie van VWS) bewezen effectief interventieprogramma dat nadrukkelijk bedoeld is om vroegtijdig psychosociale problemen in de gezinssituatie te signaleren en vervolgens gecoördineerd te interveniëren. In diverse regio's in Nederland (waaronder de regio Maastricht) is al op succesvolle wijze een aanvang gemaakt met dit project. Met dit project kan op regionaal niveau de kwaliteit van de integrale jeugdgezondheidszorg structureel verbeterd worden.

Het programma sluit aan op, en maakt gebruik van, bestaande netwerkstructuren (o.a. de lokale buurtjeugdnetwerken) en zorgt er vooral voor dat er instellingsoverstijgend gewerkt wordt waardoor ongewenste schotten geslecht worden. Met andere woorden, het draagt bij tot een verdere verbetering van de gewenste ketenzorg.

De MeanderGroep wil samen met de deelnemende gemeenten met dit project een samenhangend beleid realiseren om structureel een verbetering aan te brengen in de vroegtijdige signalering van gedragsproblemen bij kinderen. Door vroegtijdig ingrijpen wordt voorkomen dat gedragsproblemen bij kinderen ontstaan of verergeren.

Het project Samen Starten is gericht op de uitvoering van preventief jeugdgezondheids- en jeugdbeleid. Inmiddels nemen alle gemeenten binnen de regio Parkstad en Nuth deel aan dit project.

6.3 Buurtnetwerk Jeugdhulpverlening.

Voor de meeste kinderen is de kindertijd een zorgeloze tijd. Maar soms heeft een kind extra hulp nodig. Hulp om te voorkomen dat het kind, door problemen thuis of op school, niet de kans krijgt om een goede ontwikkeling door te maken. In de verschillende Buurtnetwerken Jeugdhulpverlening in Brunssum werken verschillende organisaties samen (peuterspeelzalen, basisscholen, MeanderGroep Jeugdgezondheidszorg Zuid-Limburg, Centrum voor Maatschappelijk Werk en Welzijnswerk, Bureau Jeugdzorg en de Politie op ad-hoc basis). Al deze instanties bieden hulp aan kinderen: de scholen bij gedragsproblemen, MeanderGroep Jeugdgezondheidszorg bij problemen in de ontwikkeling en opvoedkundige problemen en het maatschappelijk werk bij gedragsproblemen en problemen thuis in het gezin. Bijzonder aan de buurtnetwerken is dat genoemde instanties nu voor het eerst samenwerken. Door die samenwerking kunnen ze problemen tijdig herkennen, sneller hulp bieden aan het kind en aan de ouder(s)/verzorger(s) alsmede verwijzen naar andere instanties.

In de buurtnetwerken, die met name actief zijn voor de kinderen (tot 12 jaar), komen hulpverleners regelmatig samen. Krijgt het buurtnetwerk signalen dat het niet goed gaat met een kind, dan worden de ouder(s)/verzorger(s) daarvan op de hoogte gebracht. Door het netwerk worden de signalen besproken en nagegaan welke deelnemer aan het netwerk vervolgens wat gaat doen. Vervolgens krijgt het gezin een hulpaanbod. Dat houdt in dat de ouder(s)/verzorger(s) te horen krijgen op welke wijze het kind het beste geholpen kan worden.

Inmiddels zijn alle 5 de buurtwerknetwerken operationeel echter zonder de gewenste participatie van de GGD-arts (m.u.v. de wijk Oost). In alle wijken zijn onder meer actief: peuterspeelzaal, basisschool, Bureau Jeugdzorg, CMWW en (in West) de Politie. Maandelijks zijn er overlegsituaties binnen alle Buurtnetwerken gepland.

Gelet op de uitkomsten van eerdere evaluaties is de noodzaak aanwezig dat de GGD met ingang van 1 januari 2008 ook binnen de overige 4 buurtnetwerken participeert.

Opgemerkt dat de buurtnetwerken onder de productafname (product Zorgnetwerken) van de GGD valt.

7. AFNAME PRODUCTEN VOLKSGEZONDHEID 2008 t/m 2011.

Hieronder wordt aangegeven welke producten de gemeente Brunssum in de periode 2008 t/m 2011 van respectievelijk GGD Zuid-Limburg en MeanderGroep Zuid-Limburg afneemt.

Het gaat daarbij om de wettelijk verplichte producten (volgens de GGD basisproducten en volgens MeanderGroep het uniformdeel) of die producten waarvan de afname zijn oorsprong vindt in het lokaal gezondheidsbeleid (volgens de GGD plusproducten en volgens MeanderGroep het maatwerkdeel).

7.1 Afname producten preventieve en curatieve gezondheidszorg alsmede jeugdgezondheidszorg (4-19 jaar).

Per 1 januari 2006 zijn de drie GGD-en en de GHOR in Zuid-Limburg gefuseerd tot één GGD Zuid-Limburg. Zoals gebruikelijk, kort na een fusie, verkeert de GGD Zuid-Limburg momenteel in een periode waarbij opnieuw gezocht moet worden naar de juiste balans in de samenwerking. In alle regio's werd vóór de fusie weliswaar samengewerkt, maar op verschillende wijzen. Vanuit een oriënterende discussie, die gevoed werd met ervaringen met de GGD Zuid-Limburg in de verschillende regio's, is geprobeerd de goede en constructieve zaken uit de verschillende samenwerkingsvormen te halen en dit te combineren tot één werkwijze. In deze werkwijze staan een drietal punten centraal.

De Raad baseerde de GGD-productafname voor de periode 2004 t/m 2007 op het oude productenboek voor de regio Oostelijk Zuid-Limburg (Raadsbesluit no. 14, afdeling W&O 2004/516, d.d. 23 maart 2004).

De GGD beschikt nu over een nieuw productenboek waarmee de overgang naar een nieuwe fase een feit is. Er is sprake van beter inzicht in de producten en de productprijzen. Ten aanzien van het nieuwe productenboek staan een vijftal basisafspraken centraal:

1. er wordt een beschrijving van de producten gegeven op inhoud, op een lager niveau als het hoofdproductniveau in de begroting 2008. De productkeuze moet voor de gemeente op een dusdanige manier mogelijk zijn dat er een verbeterd inzicht is in de producten en de te verwachten activiteiten, in overeenstemming met de wettelijke verplichtingen en het lokale gezondheidsbeleid;
2. de relatie tussen productprijs en inhoud wordt op inzichtelijke wijze weergegeven;
3. er worden productprijzen gehanteerd met één tarief per product voor alle gemeenten. Keuzes worden dusdanig gemaakt dat er sprake is van een sluitende begroting. Het totale budget wordt niet overschreden;
4. er worden prestatie-indicatoren benoemd waarbij voor 2008 een eerste aanzet wordt gemaakt;
5. de bijdrage van de gemeente blijft in 2008 gehandhaafd op het niveau 2007 inclusief indexering.

Het traject ter voorbereiding op het productenboek 2008 is samen met de gemeentelijke beleidsambtenaren ingezet. Hiervoor zijn zogenaamde dialooggroepen gecreëerd waarin ook de gemeente Brunssum ambtelijk participeert.

Via deze dialooggroepen zijn knelpunten m.b.t. de producten (zowel inhoudelijk als financieel) goed in beeld gebracht, basisafspraken nader geconcretiseerd en is gezamenlijk gewerkt aan verbetering. Zo is aan de inhoudelijke omschrijving een toevoeging van de productprijzen gerealiseerd en is inzichtelijk geworden wat de verschillen zijn per gemeente in de basis- en plusproductomschrijving. Bovendien is er veel aandacht geweest voor het aanbieden van goede producten in relatie tot het (lokale) gezondheidsbeleid.

Ten opzichte van het "oude" productenboek is een beperkt aantal nieuwe producten ingevoegd. Deze producten zijn het gevolg van nieuwe landelijke richtlijnen en speerpunten. In bestaande producten zijn aanpassingen gedaan die vooral terug te vinden zijn in de wijze waarop een product is ingebed in de organisatie, in de wijze van uitvoering of in de benaming van een product.

In het productenboek is een hernieuwde verdeling gemaakt in basis- en plusproducten. De, al dan niet, wettelijke grondslag en de financieringswijzen zijn in de regel de belangrijkste criteria op basis waarvan een product als basis- of plusproduct wordt aangemerkt.

Het nieuwe productenboek is op 1 oktober 2007 door het Dagelijks Bestuur van de GGD Zuid Limburg vastgesteld. In het oude productenboek werd nog gebruik gemaakt van een derde categorie producten: basismaatwerk producten. Deze categorie is geheel komen te vervallen.

De geldigheidsduur van de productkeuze is bij basisproducten gebaseerd op de looptijd van de betreffende wet- en regelgeving en de mate waarin het betreffende product voldoet aan de uitvoering van deze wetten. Ontwikkelingen in de loop van de tijd zijn mogelijk.

De geldigheidsduur van de productkeuze voor plusproducten is in principe 4 jaar, gekoppeld aan de periode van het gezondheidsbeleid (2008 t/m 2011).

Iedere gemeente heeft een integraal advies van de GGD Zuid-Limburg ontvangen met betrekking tot de samenstelling van het productenpakket 2008. Dit advies is gebaseerd op:

- de informatie uit de regionale prioriteitennota;
- de informatie uit de lokale nota van de gemeente Brunssum;
- de vastgestelde begroting 2008;
- het huidige productenpakket van de gemeente Brunssum;
- specifieke wensen van de gemeente over producten.

Opgemerkt wordt dat de toekomstige afname van het “oude” product buurtnetwerk jeugdhulpverlening per 1 januari 2008 voor alle 5 Brunssumse wijken, als zodanig als specifieke wens wordt aangemerkt. De product valt met ingang van 1 januari 2008 onder het nieuwe product “zorgnetwerken” (zie product no. 3.3.2 in het productenboek 2008).

Het productenboek bestaat uit basisproducten en plusproducten.

Een **basisproduct wordt verplicht afgenomen** door alle gemeenten waardoor zij in staat zijn te voldoen aan de uitvoering van wettelijke verplichtingen. De financiering is opgenomen in de basisbegroting van de GGD.

Een **plusproduct** wordt afgenomen op basis van (afspraken over) aantallen in een jaar. Elk plusproduct heeft een eigen tarief. Plusproducten kunnen als extra worden gekozen boven op het basispakket door gemeenten. Plusproducten hoeven niet altijd door gemeenten te worden afgenomen, maar kunnen ook betrekking hebben op derden.

De basisproducten zijn niet dekkend voor alle aspecten van de openbare gezondheidszorg. De combinatie van afname van basis- en plusproducten maakt de aansluiting met de wetgeving mogelijk. Voor de gemeenten is een groot aantal nieuwe producten in het **basispakket** opgenomen.

Het basispakket voor de periode 2008 t/m 2011 omvat de volgende **nieuwe verplichte basisproducten**:

- Basisadvisering gezondheidsbevordering (productnummer 2.1.2 A);
- Ontwikkeling basisadvisering gezondheidsbevordering basisonderwijs (productnummer 2.1.2 D);
- Ontwikkeling preventienetwerk ouderen, roken en alcohol (productnummer 2.1.4 B, C en D);
- Actieprogramma gezonde leefstijl basisonderwijs (productnummer 2.2.3 A);
- Actieprogramma gezonde leefstijl voortgezet onderwijs (productnummer 2.2.3 B);
- Gezonde schoolkantine (productnummer 2.2.3 C);
- Slimkids (productnummer 2.2.4 A);
- Realfit (productnummer 2.2.4 B);
- De gezonde school en genotmiddelen basisonderwijs (productnummer 2.2.5 A);
- De gezonde school en genotmiddelen voortgezet onderwijs (productnummer 2.2.5 B);
- No Limits (productnummer 2.2.6 A).

De **reeds bestaande verplichte basisproducten** die ook voor de periode 2008 t/m 2011 worden afgenomen zijn:

- Gezondheidsinformatie en advies (productnummer 2.1.1 A);
- Basisadvisering gezondheidsbevordering voortgezet onderwijs (productnummer 2.1.2 C);
- Informatie en documentatie service (productnummer 2.1.3);
- Preventienetwerken algemeen (productnummer 2.1.4 A);
- Voorlichting opkomst bevolkingsonderzoeken (productnummer 2.1.5);
- Basisvoorziening medische milieukunde (productnummer 2.3.1);
- Preventief gezondheidsonderzoek 5-jarigen (productnummer 3.1.1 A);
- Preventief gezondheidsonderzoek 10-jarigen (productnummer 3.1.1 B);
- Preventief gezondheidsonderzoek voortgezet onderwijs (productnummer 3.1.2);
- Preventief gezondheidsonderzoek nieuwe aanmeldingen (productnummer 3.1.3 A);
- Preventief gezondheidsonderzoek in leeftijd 4-8 jaar (productnummer 3.1.3 B);
- Preventief gezondheidsonderzoek vanaf 8-jarige leeftijd (productnummer 3.1.3 C);
- Rijksvaccinatie (productnummer 3.2);

- Onderzoek op indicatie onderwijs, hercontrole (productnummer 3.3.1 A);
- Onderzoek op indicatie onderwijs, onderzoek (productnummer 3.3.1 B);
- Onderzoek op indicatie onderwijs, onderzoek op indicatie 16-jarigen (productnummer 3.3.1 C);
- Onderzoek op indicatie onderwijs, kortdurende begeleiding (productnummer 3.3.1 D);
- Medische hygiënische zorg en veiligheid jeugd (productnummer 3.6);
- Infectiezorg (productnummer 5.1.1);
- Soa-zorg (productnummer 5.1.2);
- Tuberculosezorg (productnummer 5.1.3);
- Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen, pro-actie en preventie (productnummer 7.1);
- Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen, preparatie, repressie en nazorg (productnummer 7.2);
- Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen, beleid en bestuur (productnummer 7.3);
- Academische werkplaats (productnummer 8).

Naast de wettelijk verplichte producten wordt voorgesteld (conform de productafname in de voorgaande periode) de volgende **plusproducten** af te nemen voor de periode 2008 t/m 2011:

- Inspectie kinderdagverblijven (productnummer 3.5.2);
- Marietje Kessels-project (productnummer 2.2.6 B);
- Zorgnetwerken (productnummer 3.3.2). Opgemerkt wordt dat hieronder de zogenaamde buurtnetwerken jeugdhulpverlening vallen. Tot 1 januari 2008 werd dit product alleen afgenomen voor de wijk Brunssum-Oost.

Alle hiervoor genoemde **basisproducten** worden afgerekend op basis van een vastgestelde **bijdrage per inwoner**. Alle overige aangeboden (**plus-**) **producten** worden afgerekend op basis van vastgestelde **tarieven**.

7.2 Afname producten Jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar).

MeanderGroep Zuid-Limburg (voorheen Zorggroep Thuis) hanteert momenteel hetzelfde productenboek (juli 2003) als waarop de Raad eerder de productafname voor de periode 2004 t/m 2007 baseerde (Raadsbesluit no. 17, afdeling W&O 2004/936, d.d. 23 maart 2004).

Op termijn zullen binnen het huidige productenboek enkele wijzigingen worden doorgevoerd die overigens geen gevolgen zullen hebben voor de kosten.

De **uniforme (wettelijk verplichte) productenafname** voor de periode 2008 t/m 2011 omvat de volgende producten:

Productgroep 1: Consultatiebureau

- Consultatiebureau voor zuigelingen;
- Consultatiebureau voor peuters;
- Spreekuur en telefonisch advies;
- Buurtgericht spreekuur.

Productgroep 2: Screeningen

- Hielprik;
- CAPAS-gehoorscreening.

Productgroep 3: Huisbezoeken

- Huisbezoek na de geboorte (postnataal huisbezoek);
- Huisbezoek op indicatie;
- Huisbezoek maatwerk.

Productgroep 4: Groepsgerichte voorlichting

- Groepsgerichte voorlichtingsbijeenkomsten.

Productgroep 5: Risicozorg

- Videohometraining;
- Samenwerking rondom het kind: netwerken;
- Samenwerking rondom het kind: peuterspeelzalen/kinderdagverblijven;
- Groepsgerichte preventieprogramma's.

Naast deze uniforme (wettelijk verplichte) producten wordt voorgesteld (conform de productafname in de voorgaande periode en met inachtneming van de uitgangspunten van regionale samenwerking op het terrein van de jeugdgezondheidszorg) de volgende **maatwerkproducten** af te nemen voor de periode 2008 t/m 2011:

- GVO (gezondheidsvoorlichting en opvoeding) zuigelingen (6 uur)
- GVO peuters (12 uur)
- Videohometraining (35 uur)
- Netwerken incl. contact peuterspeelzalen (48 uur)
- Cliëntbespreking intern (40 uur)
- Telefonisch contact maatwerk (55 uur)
- Huisbezoek peuter maatwerk (55 uur)
- Huisbezoek zuigelingen maatwerk (50 uur)
- Contact maatwerk (34 uur)

Het **totaal aantal uren maatwerk bedraagt 335 op jaarbasis**. Overigens kunnen, naar gebleken behoeften, jaarlijks v.w.b. het aantal in te zetten uren, kleine verschuivingen optreden binnen de verschillende producten.

8. FINANCIËN.

Momenteel wordt op het gebied van gezondheidsbeleid in Brunssum veel gedaan. Gelet op de financiële situatie wordt ook voor de periode 2008 t/m 2011 gekozen voor een realistisch perspectief. Dat wil zeggen dat er opnieuw sprake moet zijn van doelstellingen en plannen waarvoor in de toekomst eventueel slechts een beperkt beroep op aanvullende middelen hoeft te worden gedaan.

8.1 Preventieve en curatieve gezondheidszorg / jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar.

Binnen de begroting is er een budget beschikbaar voor volksgezondheidsbeleid. Dit budget is al jarenlang bestemd voor de taken die de GGD Zuid-Limburg uitvoert voor de Gemeente Brunssum.

De kosten met betrekking tot de afname van alle genoemde GGD-producten, bedragen in 2008 € **399.163,59**. Dit is tevens het bedrag voor de in 2007 afgenomen producten. De gehanteerde bedragen zijn gebaseerd op het aantal inwoners (29.641) op 1 januari 2006, zoals bij de begroting 2008 is afgesproken.

Daarnaast bedragen de kosten voor de drie genoemde plusproducten ongeveer € **18.075,-**(2008).

Deze bedragen worden betaalbaar gesteld uit product 714000 (preventieve en curatieve gezondheidszorg).

Inmiddels is voor uitbreiding van de meerkosten financiële dekking gevonden binnen het product wijkgerichte gezondheidsbevordering (611030 / 442501).

8.2 Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar.

8.2.1 Uniformdeel.

De kosten met betrekking tot de afname voor de producten binnen het uniforme gedeelte van het basistakenpakket voor de 0-4 jarigen komen ten laste van het product 715000 (jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen: uniform deel). De te ontvangen doeluitkering over 2008 bedraagt naar schatting € **290.000,-**.

De doeluitkering van het Ministerie van VWS wordt vervolgens als subsidie “uniform deel basistakenpakket” doorgesluisd naar MeanderGroep Zuid-Limburg waardoor de in de begroting 2008 aangegeven bedragen toereikend zijn.

8.2.2 Maatwerkdeel.

De kosten met betrekking tot de afname van producten voor het maatwerkdeel voor de 0-4 jarigen bedragen in 2008 € **29.999,-**.

Dit bedrag wordt betaalbaar gesteld uit product 716000 (jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen: maatwerk deel).

Voor het maatwerkdeel basistakenpakket ontvangt Brunssum een bijdrage via het gemeentefonds. Het subsidiebedrag wordt betaalbaar gesteld uit 716000/442501 (subsidie maatwerkdeel basistakenpakket).

Inmiddels is voor uitbreiding van de (beperkte) meerkosten financiële dekking gevonden binnen het product wijkgerichte gezondheidsbevordering (611030 / 442501).