

Technische vragen raadsvergadering 4 april 2024

Vaststelling herijking Gezondheidsnota 'Samen gezonder telt'		
Fractie	Vragen	Antwoorden
HIER	1. Hoe wordt de effectiviteit van de ketenaanpak valpreventie specifiek gemeten, en welke indicatoren worden gebruikt om succes te definiëren?	In de ketenaanpak valpreventie is monitoring essentieel. Er zijn diverse indicatoren om de effectiviteit van onze inzet te meten: ▪ Het aantal ouderen 65+ dat (n.a.v. inzet door gemeenten) een valrisicotest krijg; ▪ Het aantal ouderen dat gescreend wordt (via de valanalyse). ▪ Het aantal ouderen dat deelneemt aan een erkende valpreventieve beweeginterventie; ▪ Het aantal ouderen die 'doorstromen' naar beweegprogramma's binnen de gemeente (bijv. walking sports); ▪ Het aantal senioren dat jaarlijks op de Spoedeisende Hulp (SEH) belandt; ▪ Het percentage inwoners van 65+ met een valletsel (GGD-ouderenmonitor). De ketenaanpak valpreventie zit echter nog in de beginfase. Dat geldt voor vele regiogemeenten. Met alle regiogemeenten gaan we dan ook samen aan de slag met het

		monitorvraagstuk, in samenwerking met de GGD en andere partijen. Er moeten afspraken gemaakt worden met zorgverzekeraars en andere regionale partijen. Dus dat willen en kunnen we als lokale gemeente ook niet zelf.
	2. Welke specifieke methoden en technologieën worden ingezet om kwetsbare ouderen beter in beeld te krijgen, en hoe wordt de privacy van deze inwoners daarbij gewaarborgd?	Het bereiken van de doelgroep vraagt een gefaseerde aanpak waarin gericht aandacht besteed wordt aan: - signaleren en opsporen van ouderen met een verhoogd valrisico; - informerende en voorlichtende om ervoor te zorgen dat ouderen überhaupt geïnteresseerd zijn; - begeleiden bij het uitvoeren; - faciliteren en ondersteunen om vol te blijven houden. De Nederlandse richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) adviseert om jaarlijks bij ouderen van 65 jaar en ouder een valrisicoschatting uit te voeren. Alle ouderen 'vinden' is een utopie en dat is ook niet het streven. Wel proberen we dat aantal zo hoog mogelijk te maken. Dat kan op meerdere manieren: ▪ We hebben vrijwillige ouderenadviseurs die huisbezoeken uitvoeren bij inwoners thuis; ▪ We hebben het programma walking sports, waar inmiddels honderden ouderen naar toe komen; ▪ We hebben de KBO's die met veel ouderen in contact staan; ▪ Apothekers, poh'ers, mantelzorgers, etc. hebben ook een rol hierin.

		Zo zijn er meerdere partijen en methoden om ouderen in beeld te krijgen. Het is aan ouderen zelf om te bepalen of ze uiteindelijk hun (contact)gegevens delen en of ze toestemming geven dat verwijzers hun gegevens delen. Gegevensdeling en gegevensopslag vindt plaats volgens de AVG.
	3. Hoe worden de mentale gezondheidsinterventies aangepast aan de culturele en taalachtergrond van nieuwkomers, en zijn er maatregelen om cultuurspecifieke stigma's rondom mentale gezondheid te adresseren?	De keuze van mentale gezondheidsinterventies zal gedaan worden bij de implementatie van deze Gezondheidsnota, in nauwe samenwerking met uitvoerende samenwerkingspartners en cliëntenorganisaties. We zullen daarbij cultuursensitieve interventies betrekken.
	4. Wat zijn de specifieke criteria en processen voor het selecteren van wijken en kernen voor de implementatie van de Gezonde Buurt-concepten, en hoe worden bewoners betrokken bij deze besluitvorming?	Gezonde Buurten is een beproefd project van Jantje Beton, IVN Natuureducatie, JOGG en deelnemende gemeenten. De bewoners zijn initiatiefnemer en uitvoerder. Samen met de gemeente en andere organisaties wordt een groene plek ontworpen, ingericht en onderhouden. In de komende jaren gaan we onderzoeken of de Gezonde Wijkaanpak uitgebreid kan worden naar twee of drie andere wijken. Daarbij kijken we goed naar de ervaringen met de aanpak van De Bunders. Betrokkenheid van buurtbewoners is een basisvoorwaarde voor de Gezonde Buurt-aanpak. Er moet draagvlak zijn uit de buurt. En bereidheid van meerdere partijen om samen te werken. Wijken worden geselecteerd op basis van een duidelijke behoefte van de buurtbewoners om actie te ondernemen, mogelijke risico's op gezondheidsachterstanden en door buurtbewoners ervaren overlast.

	5. Op welke wijze worden de effecten van de sociale basisversterking op de langetermijngezondheidsuitkomsten van de inwoners geëvalueerd, inclusief het meten van veranderingen in eenzaamheid, sociale cohesie, en mentale gezondheid?	Langetermijn effecten qua eenzaamheid en mentale gezondheid worden gemeten door de GGD-monitoren en sociale cohesie door de Leefbaarheidsmonitor Meierijstad. Daarbij is op te merken dat deze gezondheidseffecten niet alleen voortkomen uit versterking van de sociale basis, maar ook vier andere gezondheidsonderdelen: gezonde leefstijl, gezonde groene fysieke omgeving, kansengelijkheid en een goede toegankelijke zorg. Daarnaast verzamelen we (voortgangs)gegevens vanuit actieprogramma Eén tegen eenzaamheid.
	6. Welke methoden worden gebruikt om de langetermijneffecten van 'Welzijn op Recept' op de gezondheidszorgkosten te meten, en hoe wordt de kosteneffectiviteit van dit programma beoordeeld?	Uit onderzoeken en evaluaties blijkt duidelijk dat de samenwerking tussen de eerstelijns zorg en welzijnsdienstverlening zinvol is. De (meer)waarde van Welzijn op Recept in de dagelijkse praktijk wordt steeds zichtbaarder en duidelijker. Deelnemende inwoners kunnen verder door het steuntje in de rug met effecten als meer sociaal maatschappelijke participatie meer zelfvertrouwen, meer zelfredzaamheid en meer uitgaan van de eigen kracht. Dat er tevens zorgkosten bespaard kunnen worden door het voorkomen van onnodig medicaliseren, blijkt ook landelijk lastig vast te stellen. Er zijn landelijke voornemens om dit alsnog grondig te onderzoeken.
	7. Hoe wordt de impact van groen en natuur op de geestelijke gezondheid van inwoners kwantitatief gemeten binnen de ambitie voor een gezonde groene omgeving, en zijn er specifieke projecten gericht op het verhogen van biodiversiteit en de mentale welzijnseffecten hiervan?	Groen draagt bij aan een betere mentale gezondheid. Het RIVM bracht alle beschikbare kennis via literatuuronderzoek en experts bij elkaar in de kennisbundeling 'Groen en Gezondheid'. Zie de website van het RIVM: https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-05/Kennisbundeling%20Groen%20en%20Gezondheid_V6.pdf

	8. Hoe worden jongeren en jongvolwassenen betrokken bij het ontwerp en de uitvoering van programma's gericht op het verminderen van alcohol- en drugsgebruik, en op welke wijze wordt hun input gebruikt om de effectiviteit van deze interventies te verhogen?	In de eerste plaats worden die jongeren uit de betrokken 32 Oost-Brabantse gemeenten door uitgebreide monitoring regelmatig bevraagd. Daaruit wordt informatie gehaald over het druggebruik van jongeren en wat ze zelf vinden. Daarnaast zijn er diverse activiteiten waarin met jongeren in gesprek gegaan wordt. Bij het ontwerpen, organiseren en evalueren van activiteiten worden jongeren en jongvolwassenen regelmatig betrokken alsmede partijen die nauw aan jongeren gelieerd zijn. Zo is er inzet van de organisatie Jong & Je Wil Wat, gespecialiseerd in jongerencommunicatie met betrekking tot de doelgroep jongeren (10-27 jaar). Deze organisatie helpt om jongeren te bereiken en met hen in gesprek te gaan.
SP	1. Wij delen de mening van de ASD, dat het ambitieus is, maar weinig concreet. Kunnen wij in het uitvoeringsprogramma dat in het vierde kwartaal komt meer concrete doelstellingen en uitvoeringspunten verwachten?	Ja, in het uitvoeringsplan vind je concrete projecten en activiteiten en interventies die bijdragen aan de doelen.
PvdA-GroenLinks	1. In hoeverre zijn de huisartsen betrokken geweest bij de totstandkoming van de herijking?	We hebben regelmatig contact met HUMO (samenwerkingsorganisatie voor huisartsen Uden-Meierijstad-Oss). We spreken de huisartsen geregeld in bestuurlijke overleggen, waarin we signalen krijgen en ontwikkelingen vernemen. Daardoor is het bij ons wel bekend wat er speelt zoals bijvoorbeeld hun zorgen over toename mentale problematiek jongeren. Ook via andere projecten (bijv. Welzijn op Recept) en via de zogenaamde IZA-tafels krijgen we geregeld input van HUMO wat er speelt bij huisartsen(praktijken). Dat geldt ook praktijkondersteuners

	2. Op welke manier worden de huisartsen meegenomen in de uitvoering?	In vergelijking met veel andere gemeenten, hebben we korte lijnen met zes huisartsen die namens een groot deel van alle huisartsen het contact onderhouden met de gemeente. We krijgen terug dat de huisartsen dat waarderen. Daarnaast hebben we twee keer per jaar bestuurlijk overleg, waarin we elkaar informeren, signalen uitwisselen en bijpraten over ontwikkelingen in de samenleving. Daarnaast denken we proactief mee met huisartsen die op zoek zijn naar uitbreiding dan wel verhuizing van een locatie.
Hart	1. Pag. 7: Cijfers van 2020 geven aan dat er minimaal 3% van de ouderen in Meierijstad bij een val een verwonding of letsel heeft opgelopen. Ruim 2120 valincidenten per jaar met letsel. Is het ook bekend hoeveel valincidenten er zijn zonder letsel? En zijn er ook recentere cijfers bekend?	Uit cijfers in 2021 bleek dat 33% van alle 65-plussers jaarlijks ten val komt, waarvan 10% hiervan op de SEH belandt. Volgens bron ZusterJansen/CBS belanden in Meierijstad per 10.000 inwoners er 90 ziekenhuisopnames. (In Nederland gemiddeld 151 opnames per 10.000; feb 2024).
	2. Pag. 10: U schrijft dat u in wilt zetten op een effectieve valpreventie. Kunt u aangeven hoe vaststelt dat de valpreventie effectief is?	Er zijn in Nederland drie valpreventieve beweeginterventies erkend door het RIVM: ▪ Vallen Verleden Tijd; ▪ In Balans; ▪ Otago. Dit zijn landelijke interventies, waar gemeenten aan gebonden zijn.
	3. Pag. 12: U wilt de Gezonde Wijk aanpak uitbreiden naar twee of drie andere wijken. U noemt de aanpak van De Bunders als een goed voorbeeld. Waar blijkt dat uit? En welke twee of drie andere wijken heeft u op het oog?	De Gezonde Buurtaanpak in De Bunders is in de loop van 2023 gestart en heeft geleid tot diverse plannen, zoals wandelroutes, sport- en beweegfaciliteiten en ontmoetingsplekken voor de jeugd. Ook problemen kunnen gezamenlijk worden opgelost, samen met de buurt, bijvoorbeeld onvrede over een hangplek voor jongeren. Dit werd door meerdere partijen besproken en met meer

		onderling begrip tussen jongeren en bewoners werd een andere, meer geschikte plek gevonden. Op basis van de ervaringen die in De Bunders en ook wijken in andere gemeenten gaan we de komende jaren onderzoeken of de Gezonde Wijkaanpak uitgebreid kan worden naar twee of drie andere wijken. Daarbij Betrokkenheid van buurtbewoners is een basisvoorwaarde voor de Gezonde Buurt-aanpak. Er moet draagvlak zijn uit de buurt. En bereidheid van meerdere partijen om samen te werken. Wijken worden geselecteerd op basis van een duidelijke behoefte van de buurtbewoners om actie te ondernemen, mogelijke risico's op gezondheidsachterstanden en door buurtbewoners ervaren overlast.
	4. Pag. 16: Welk budget is er beschikbaar voor de Ketenaanpak Valpreventie vanuit de Specifieke uitkering (SPUK) om de afspraken in het GALA vorm te geven?	In 2024: € 226.790 In 2025: € 226.790 In 2026: € 233.848
	5. Pag. 17: U schrijft dat Meierijstad een dementievriendelijke gemeente is. Waar blijkt die vriendelijkheid uit?	De gemeente Meierijstad heeft een certificaat 'Dementievriendelijke gemeente'. Het certificaat is maximaal 4 jaar geldig en na 2 jaar vindt er een tussenevaluatie plaats. De dementievriendelijkheid van gemeenten wordt gemeten o.a. aan de hand van de Dementiescan. Gemeenten moeten op ten minste 4 thema's van de 7 uit de Dementiescan op of boven het landelijk gemiddelde scoren. De zeven thema's zijn: ▪ Beleid en planvorming; ▪ Structuur en afstemming; ▪ Ontwikkeling dementievriendelijke gemeenschap; ▪ Deskundigheidsbevordering;

		▪ Ondersteuning mantelzorgers; ▪ Dagactiviteiten en respijtzorg; ▪ Wonen. De lokale belangenbehartiger van Alzheimer Nederland is degene die de Dementiescan afneemt en meet of de gemeente aan de voorwaarden voldoet.
	6. Pag. 20: Hoeveel huisartsenpraktijken in Meierijstad werken al met Welzijn op Recept?	Vele huisartsenpraktijken in Meierijstad werken via Welzijn op Recept. Dat betekent dat deze praktijken cliënten doorverwijzen naar de welzijnspartijen. Sinds 1,5 jaar vinden op enkele praktijken ook (extra) monitoring, werkbezoeken en leerbijeenkomsten plaats.
D66	1. In hoofdstuk 2 staan bij 'toegankelijke zorg en ondersteuning' cijfers over het mentale welbevinden van jongeren. Het is niet duidelijk hoe de kop en de informatie bij elkaar passen. Kan toegelicht worden hoe deze bij elkaar horen en/of er sprake is van een verwisseling of opmaakfout? En als dit laatste het geval is, kan dan de correcte tekst beschikbaar worden gesteld?	Graag verwijzen we naar de infografic op pag. 25 van de Gezondheidsnota. Daar staat in het midden de algehele na te streven gezondheid van inwoners. Er omheen hebben we een ordening gemaakt van vijf gezondheid beïnvloedende thema's: gezonde leefstijl, gezonde groene omgeving, gezonde sociale omgeving, toegankelijke zorg en ondersteuning en gelijke kansen op gezondheid. Per gezondheidsthema hebben we één (soms twee) ambities geformuleerd. Zo hebben we de ambitie mentale gezondheid onder 'toegankelijke zorg en ondersteuning' geplaatst en de ambities eenzaamheid onder 'een gezonde sociale omgeving'. Ook de andere vier gezondheidsthema's (gezonde leefstijl, gezonde groene omgeving, gezonde sociale omgeving en gelijke kansen op gezondheid) hebben invloed op mentale gezondheid. We vonden mentale gezondheid het beste passen bij 'toegankelijke zorg en ondersteuning', omdat er

		doorgaans een vorm van professionele ondersteuning gewenst is. De cijfers in hoofdstuk twee corresponderen met deze indeling. Daarom staan er bij Toegankelijke zorg en ondersteuning' GGD-cijfers over mentale gezondheid.
	2. Bij toegankelijke zorg op pagina 24 gaat het om voorzieningen en maatregelen. In de bijlage op pagina 25-26 is aan 'toegankelijke zorg' een ambitie gekoppeld die over een doelgroep gaat. En de link naar het doel van toegankelijke zorg is niet duidelijk. Kan toegelicht worden waarom er qua toegankelijkheid geen ambitie is geformuleerd?	We hebben op basis van het participatietraject zes ambities geprioriteerd. Daarnaast werken we aan vele andere opgaven, zoals ook de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning. Aan toegankelijke zorg en ondersteuning werken we vooral op regionaal niveau in het kader van de uitvoering van IZA (Integraal Zorgakkoord). Daar participeren we in overleggen waar ook ziekenhuizen, andere zorgaanbieders (waaronder GGZ) en zorgverzekeraars aan deelnemen.
	3. Toegankelijke zorg gaat over beschikbaarheid en bereikbaarheid en kan gedefinieerd worden als 'personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder drempels toegang hebben tot zorg.'. Is er een overzicht van de zorgvoorzieningen die er in Meierijstad zijn en zo ja, waar is dat beschikbaar? Is er inzicht in het zorgvoorzieningenniveau in Meierijstad ten opzichte van andere/vergelijkbare gemeenten?	Het zorglandschap in Nederland, dus ook in de gemeente Meierijstad en de regio Noord-Oost Brabant is complex. Er zijn diverse opdrachtgevers (zorgverzekeraars, rijk, regio's en gemeenten) en er is veel verschillend zorgaanbod (medische zorg, paramedische zorg, GGZ, maatschappelijke zorg, jeugdzorg, welzijnswerk en veel ander ondersteuningsaanbod in de sociale basis. Het is van belang dat onze verwijzers (met name huisartsen, praktijkondersteuners van huisartsen, gebiedsteams, welzijnsprofessionals en vrijwilligersorganisaties) goed zicht hebben op het brede voorzieningenniveau en daar gericht en tijdig naar kunnen verwijzen als dat nodig is. In de gemeente Meierijstad vindt op veel verschillende manieren samenwerking plaats tussen alle partijen in zorg en

		welzijn. In die samenwerking wordt ook voortdurend gekeken of er verbetermogelijkheden zijn. Op https://socialewegwijzer.meerijstad.nl/ staan alle aanbieders waar we als gemeente een contract, samenwerkingsovereenkomst of subsidierelatie mee hebben. Op www.zorgkaartnederland.nl zijn diverse zorgaanbieders in de medische zorg in Meerijstad te vinden voor inwoners. ZorgkaartNederland biedt onafhankelijke keuze-informatie om patiënten te helpen kiezen voor een zorgverlener die het beste past bij hun wensen. Er zijn ons geen benchmarkgegevens bekend wat betreft het zorgvoorzieningenniveau van de gemeente Meerijstad.
	4. Nabij en goed zorgonderwijs bevordert het behoud van zorgvoorzieningen. Op welke wijze is er vanuit het zorgonderwijs meegedacht in het participatietraject?	Het zorgonderwijs heeft niet meegedacht. Wel zijn er medewerkers van jeugd en onderwijs betrokken geweest in het proces en hebben zij input geleverd. Dat geldt ook voor paramedici. Maar bijvoorbeeld ook de GGD.
	5. Op pagina 7 staan cijfers over de positieve attitude van jongeren tegenover een diversiteit aan middelen: cannabis, xtc, tripmiddelen, lachgas, amfetamine, cocaïne en nieuwe psychoactieve stoffen. In de nota, waaronder de ambitie voor het denormaliseren, wordt de term drugs gebruikt. Welke middelen vallen er onder de algemeen gebruikte term 'drugs'? Welke term of termen zijn gebruikelijk onder jongeren om de diverse middelen aan te geven die in de eerste zin zijn genoemd?	Onder drugs worden de volgende middelen verstaan: cannabis, xtc, tripmiddelen (lsd, paddo's, 2C-B, ketamine), lachgas, cocaïne, amfetamine, GHB/GBL, nieuwe psychoactieve stoffen (NPS), niet-medisch gebruik van geneesmiddelen en heroïne of andere opiaten. Onder middelen worden alle bovengenoemde drugs verstaan, aangevuld met roken en alcohol. Of jongeren andere termen hanteren dan hierboven genoemd, is ons niet bekend.
	6. Bij ambitie 2 wordt het aanstellen van kinderwerkers voor kwetsbare kinderen genoemd met activiteiten in de wijk/buurt. Kwetsbare kinderen kunnen in veel wijken wonen. Wat zijn de concrete ideeën voor de inzet van kinderwerkers?	Het jongerenwerk bereikt kinderen vanaf 10 jaar, maar heeft haar focus op jongeren vanaf 12 jaar. Tussen 10 en 12 jaar verandert er echter heel veel voor deze kinderen. Om de schakels in de keten voor een sterke sociale basis te

		versterken is het noodzakelijk om het preventief aanbod uit te breiden door te investeren in kinderwerk in Meierijstad. Kinderwerkers hebben een spilfunctie tussen de sociale basis en partners in de wijken, zoals onderwijs, kinderopvang, buitenschoolse opvang, buurtsportwerk en sportorganisaties. Ze signaleren trends en actuele ontwikkelingen in de wijk en spelen daarop in om te voorkomen dat kinderen problemen krijgen of dat hun problemen verergeren. Een grote groep kinderen valt tussen wal en het schip. Door omstandigheden gaan kinderen soms niet meer naar school, staan ze lang op wachtlijsten voor passende ondersteuning of krijgen die ondersteuning überhaupt niet. Kinderwerk is laagdrempelig en zit dicht op de sociale leefomgeving van het kind. Kinderwerkers bieden groepsactiviteiten aan, maar kunnen ook individuele ondersteuning bieden aan kinderen en ouders die dat nodig hebben. Kleine zorgvragen kunnen vaak door kinderwerkers samen met ouders worden opgelost. Het contact tussen een kinderwerker en kind of ouder is laagdrempelig. Door er al vroeg bij te zijn in moeilijke situaties kan er passende ondersteuning en hulp gevonden worden om te voorkomen dat ze in de toekomst "zwaardere" jeugdhulp nodig hebben.
	7. Bij ambitie 4 (leefomgeving) krijgen wijken met o.a. veel geluidhinder en/of slechte luchtkwaliteit prioriteit. Welke gegevens zijn er over geluidhinder en over luchtkwaliteit per wijk? Hoe wordt de aandacht hiervoor in de aanpak meegenomen?	Via de Brabantomgevingsscan (BROS, zie https://brabantscan.nl/dashboard/brabantse-omgevingsscan--bros-/) hebben we informatie over de leefomgeving en gezondheidsbeleving van onze gemeente. Zo is daar te vinden dat in 2022 in Meierijstad 24% van de 18+-inwoners

		ernstig gehinderd worden door geluid (heel de regio 23%). Wat betreft de luchtkwaliteit is 67% van de 18+-inwoners van Meierijstad bezorgd over de blootstelling aan fijnstof (heel de regio 70%). Zo zijn er meetgegevens op diverse onderwerpen. Op een kaart is te zien hoe de scores zijn per gebied. In het uitvoeringsprogramma beschrijven hoe we deze inzichten gaan inzetten voor plannen in de fysieke omgeving. Daarbij maken we gebruik van bestaande maatregelen (zoals deelname aan het Schone Lucht Akkoord) en ook van inzichten vanuit de GGD. De Brabantse GGD-en hebben daarover een specifieke website, zie https://www.ggdomgevingsadvies.nl/
	8. Kan er een schema of overzicht komen, waarin de beleidsambities aan de onderdelen uit de financiële dekking worden gerelateerd?	In het uitvoeringsplan worden de zes beleidsambities verder uitgewerkt in concrete activiteiten (wie gaat wat doen op welke wijze) en bijbehorende middelen.
	9. Hoe wordt de beleidsambitie voor gezondheidsbeleid bij ruimtelijke ordening en fysieke leefomgeving financieel gedekt? Graag het antwoord toelichten.	In de eerste plaats is er in de afspraken met de GGD opgenomen dat zij ook gezondheidsadviezen geven ten aanzien van bouwprojecten. Deze inzet is opgenomen in het GGD-jaarplan en de GGD-begroting 2025. Daarnaast gaat het in deze ambitie vooral over het versterken van de samenwerking binnen de gemeente tussen het ruimtelijk domein en het sociaal domein (inclusief gezondheid). Voor deze samenwerking zijn geen extra middelen nodig. Voor overige initiatieven, bijv. De Gezonde Buurt Aanpak zijn middelen beschikbaar vanuit het Plan van Aanpak GALA onderdeel 'Leefomgeving' (€47.500 in zowel 2024 als 2025)

	10. Aan het uitvoeringsprogramma wordt een uitwerking van de monitoring en evaluatie verbonden. Wanneer en hoe komt er een voorstel voor monitoring door de raad van de voortgang i.c. resultaten van deze beleidsnota?	Over het uitvoeringsprogramma wordt de Raad in kennis gesteld als het gereed is (4^e kwartaal 2024). Twee jaar daarna (eind 2026) zal met de Raad de voortgang van de implementatie van de Gezondheidsnota besproken worden.
--	--	---