

Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011

Inleiding en samenvatting

Het doel van deze nota is het vaststellen van het lokaal gezondheidsbeleid voor de gemeente Son en Breugel voor de jaren 2008 tot en met 2011. In het verlengde van het overkoepelende Wmo beleid fungeert deze nota als kapstok voor alle gemeentelijke acties op het gebied van de (preventieve) gezondheidszorg in de betreffende periode. Over de relatie tussen het Wmo beleid en het gezondheidsbeleid volgt in deze nota meer.

Acties in deze nota zijn erop gericht om de komende jaren aandachtsgebieden op het terrein van gezondheid in Son en Breugel aan te pakken. Uiteindelijk mondt de nota Lokaal Gezondheidsbeleid uit in concrete actiepunten op het gebied van het gezondheidsbeleid voor de komende vier jaren. Deze nota is echter geen eindstation, maar een weergave van de stand van zaken op dit moment. Ontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbeleid volgen elkaar snel op en dat heeft gevolgen voor het beleid in onze gemeente.

Met het beschikbaar komen van de nieuwe regionale en lokale cijfers uit de gezondheidsverkenningen is besloten om bij het maken van het nieuwe plan Lokaal gezondheidsbeleid ons vooral ook te richten op de doelgroepen jeugdigen en hun ouders. Jeugdigen kunnen door hun gedrag en leefstijl (ge)makkelijk in kwetsbare omstandigheden terecht komen. Het gevolg hiervan kan zijn dat kwetsbare jeugdigen uitgroeien tot kwetsbare burgers. Met de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ligt hier een belangrijke relatie tussen gemeentelijk gezondheidsbeleid en het beleid voor maatschappelijke participatie. Het stimuleren van gezond gedrag en de daarbij behorende gezonde leefstijl vergroot de kans dat jeugdigen zich ontwikkelen tot sterke burgers die voor zichzelf én voor anderen verantwoordelijk kunnen zijn en blijven.

Dit alles resulteert in de volgende aandachtspunten voor het maken en ontwikkelen van beleid voor de nota Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011:

1. Bestrijden van vermijdbare gezondheidsrisico's door het bevorderen van een gezonde leefstijl.
Aandachtspunten zijn: alcohol –en drugsgebruik, overgewicht, voeding en beweging bij jeugdigen alsmede het tegengaan van (mee)roken.
2. Voorkomen en terugdringen van psychosociale problematiek, met als specifiek aandachtspunt eenzaamheidspreventie, met name bij ouderen (zonder daarbij andere groepen uit te sluiten) en depressiepreventie in het algemeen.
3. Het bevorderen van en adequate jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen met daarbij specifieke aandacht voor het voorkomen en terugdringen van problemen bij de opvoeding en opgroeien. De ontwikkeling van een Centrum voor Jeugd en Gezin in de komende planperiode is hierbij mede speerpunt van beleid.

Uitwerking vindt met name ook plaats in het plaatselijke en regionale jeugdbeleid en ook binnen prestatieveld twee van de Wmo.

Alle aandachtspunten zijn zeer actueel. Er kan zelfs gesteld worden, gezien de cijfers rondom gebruik en misbruik van alcohol, dat er in de hele regio behoefte bestaat om hoge prioriteit te geven aan het terugdringen van het gebruik en misbruik van alcohol (en andere drugs) op jonge leeftijd (12 t/m16 jarigen). Op het gebied van aanpak van eenzaamheidsproblematiek wordt al het nodige gedaan, eveneens in regionaal verband (en door regionale partners). Aandachtspunt 3 is in het kader van de huidige ontwikkelingen rondom de Centra voor Jeugd en Gezin actueel.

Waar willen we naartoe de komende planperiode?

De gemeente wil met de nota Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 de focus leggen op beïnvloeding en de bevordering van een gezonde leefstijl vooral bij jeugdigen. Hierbij ligt de

nadruk op het gebruik/misbruik van alcohol en andere genotmiddelen en (mee) roken en op (ernstig) overgewicht in combinatie met (te weinig) bewegen. Informatie over alcohol, voeding en bewegen bevordert de bewustwording en stimuleert een gezonde leefstijl en het gebruik van gezonde voeding en meer bewegen.

Dit alles resulteert in de reeds genoemde aandachtspunten, met prioriteit voor gezamenlijk programma's alcoholpreventie en overgewicht en een programma voor depressiepreventie. De nadruk in de nota 2008-2011 zal liggen op de daadwerkelijke presentatie en uitvoering van preventieve activiteitenprogramma's.

Inhoud nota LGB 2008 - 2011

Hoofdstuk 1. Gemeentelijk gezondheidsbeleid

- 1.1 Begripsbepaling gezondheidsbeleid
- 1.2 Doelstelling gezondheidsbeleid
- 1.3 Rol van de gemeente
- 1.4 De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv)
- 1.5 Ontwikkelingen rondom gezondheids(zorg)beleid
 - de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
 - de relatie tussen Wmo en Wcpv
- 1.6 Evaluatie gezondheidsbeleid 2003-2007

Hoofdstuk 2. Lokaal gezondheidsbeleid is integraal beleid

- 2.1 Flankerend gezondheidsbeleid

Hoofdstuk 3. Speerpunten van de gezondheidssituatie in Son en Breugel

- 3.1 Beschrijving van de gezondheidssituatie
- 3.2 Landelijke speerpunten (vanuit landelijke preventienota)

Hoofdstuk 4. Plan van aanpak Son en Breugel

- 4.1 Samenvoegen van speerpunten uit hoofdstuk 3, 4 en 5.

Hoofdstuk 5. Voorwaarden uitvoering gezondheidsbeleid

- 5.1 Budget en formatie
- 5.2 Organisatiestructuur
- 5.3 Evaluatie

Hoofdstuk 1. Gemeentelijk gezondheidsbeleid

1.1 Gezondheidsbeleid

Gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschreven als “een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en is daarmee méér dan de afwezigheid van ziekte”. Gezondheid is dus een breed begrip.

Een goede gezondheid is voor velen noodzakelijk om in sociaal en economisch opzicht op een volwaardige wijze te kunnen functioneren. Gezondheid wordt dan ook als een groot goed beschouwd.

Werken aan gezondheid is een wezenlijke taak van de overheid. Daarbij staat voorop het voorkomen van vermijdbare ziekten en het bevorderen van de gezondheid. Deze taak is wettelijk vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). De voornemens op dit beleidsterrein dienen elke vier jaar te worden vastgelegd in een nota lokaal gezondheidsbeleid.

Het doel van deze nota is dan ook het vaststellen van het lokaal gezondheidsbeleid voor de gemeente Son en Breugel voor de periode van 2008-2011. In het verlengde van het overkoepelende Wmo-beleid fungeert deze nota als kapstok voor alle gemeentelijke acties op het gebied van de gezondheidszorg in voornoemde periode. Over de relatie tussen het Wmo-beleid en gezondheidsbeleid volgt later in deze nota meer.

Gezondheidsbeleid omvat een zeer breed terrein. Centraal staat het beschermen en het bevorderen van gezondheid, het voorkomen en beperken van de gevolgen van ziekten (preventie) en het behandelen van ziekten en het verzorgen en verplegen van zieken (curatie). Gezondheidsbeleid kan worden onderverdeeld in een aantal deelterreinen:

- a. *gezondheidsbescherming*; maatregelen en zorg, gericht op het vermijden dat mensen in contact komen met voor de gezondheid schadelijke stoffen, omstandigheden en situaties. Feitelijk een bekend gegeven, aangezien het aanleggen en instandhouden van riolering en waterzuivering hier bijvoorbeeld toe behoren. Ook bouwvoorschriften, milieutoezicht, drank- en horecawet, etc. vallen hieronder. Verder kunnen maatregelen op het terrein van bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid, veiligheid en volkshuisvesting tot gezondheidsbescherming gerekend worden.
- b. *gezondheidsbevordering*; gedragsbeïnvloeding door middel van communicatie, vaardigheidstraining, kennisoverdracht, etc., gericht op het bevorderen van gezond gedrag en een gezonde leefstijl. Naast informatieoverdracht gaat het vaak om bewustwordingsprocessen alsmede het eigen maken van vaardigheden om gewenst gedrag in daden te kunnen omzetten betreffende de eigen leefsituatie, de directe leefomgeving, sociale leerprocessen en dergelijke, waarbij zowel organisaties als (specifieke) bevolkingsgroepen betrokken kunnen worden. Behalve activiteiten op het gebied van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding behoren ook laagdrempelige sportactiviteiten in het kader van sportstimulering tot gezondheidsbevordering.
- c. *Preventieve gezondheidszorg*; maatregelen en activiteiten, gericht op het voorkomen of beperken van ziekten. Het gaat daarbij zowel om het voorkomen dat een ziekte optreedt door bijv. vaccinatie of het geven van voorlichting over alcohol en tabak op jonge leeftijd, het vroegtijdig ontdekken van behandelbare ziekten door bijv. bevolkingsonderzoek naar borstkanker of baarmoederhalskanker als het zoveel mogelijk beperken van een ziekte door bijv. het leren omgaan met een handicap. In tegenstelling tot gezondheidsbevordering, waar gedrag en leefstijl de invalshoeken zijn, staat hierbij de ziekte centraal. De betrokkenheid van de gemeente op dit gebied, waar vele landelijke, provinciale en regionale organisaties actief zijn, is beperkt. Wél heeft de gemeente via haar GGD in specifieke situaties een verantwoordelijkheid, zoals de landelijke vaccinatiecampaagne tegen meningokokken (hersenvliesontsteking).

- d. *Behandeling (cure) en verpleging/verzorging (care)*, het aanbieden van curatieve zorg is het domein van gezondheidszorginstellingen en medische beroepsbeoefenaars. Voor de gemeente ontbreken wettelijke sturingsmogelijkheden op dit terrein nagenoeg geheel. Wel kan de gemeente het lokale voorzieningenniveau aan de orde stellen, indien bijv. niet voldoende artsen of tandartsen beschikbaar zijn ten behoeve van de plaatselijke bevolking.

Gezondheidswinst valt vooral te behalen via “voorkomen is beter dan genezen”. Dit geldt vooral voor de openbare gezondheidszorg maar ook andere terreinen. (On)gezond gedrag, fysieke omgeving, sociale omgeving en de toegang tot zorg zijn factoren die de gezondheid bepalen en die je kunt beïnvloeden door beleid. Juist op deze gebieden neemt de gemeente beslissingen met vergaande gevolgen voor de gezondheid van haar inwoners.

1.2 Doelstelling LGB

Op basis van het bovenstaande is als doelstelling voor lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd:

“Het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een goede gezondheid van de inwoners van de gemeente Son en Breugel, door maatregelen te treffen ter bescherming tegen en preventie van gezondheidsproblemen/-bedreigingen. LGB richt zich met name op de factoren leefstijl, fysieke en sociale omgeving en kenmerkt zich door een integrale aanpak”.

1.3 De rol van de gemeente

De gemeente is voor het realiseren van gezondheidsdoelen aangewezen op de inzet van tal van organisaties, verenigingen, beroepskrachten en vrijwilligers/mantelzorgers. De betekenis voor de gemeente ligt primair dan ook in het bijeenbrengen van alle betrokken partijen en het sturen op gezamenlijk gedragen gezondheidsdoelen.

In het kader van Lokaal Gezondheidsbeleid voert de gemeente de regie over dat deel van de gezondheidszorg dat zich bezighoudt met het voorkomen (preventie) van ziekte en de bescherming en bevordering van de gezondheid van burgers. Gemeentelijk (of lokaal) gezondheidsbeleid heeft geen zeggenschap over de curatieve gezondheidszorg, van huisartsenzorg tot en met specialistische ziekenhuiszorg, noch over de AWBZ gefinancierde zorg –en hulpverleningstaken. Die taken behoren tot het domein van de aanbieders. Inspectie en controle op dat laatste domein behoort tot de taak van de Rijksoverheid. Verder heeft de gemeente als taak om de gezondheid van haar burgers te stimuleren en om die voorwaarden te scheppen die het mogelijk maken om gezond te kunnen leven.

De verantwoordelijkheid voor gezondheid is niet alleen een taak van de gemeente. In de eerste plaats is iedere burger zelf verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid door het ontwikkelen van een goede en gezonde leefstijl. Daarnaast zijn anderen medeverantwoordelijk; denk bijvoorbeeld aan werkgevers bij het creëren van een gezonde werkomgeving en ouders en onderwijzers en hun verantwoordelijkheid voor de omgeving waarin kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen op emotioneel en lichamelijk gebied.

De maatschappelijke ondersteuning voor chronisch zieken en gehandicapten wordt in de Wmo als taak bij gemeenten neergelegd. De Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten zijn opgegaan in de Wmo. Vanuit de AWBZ komen de taken en middelen voor de hulp bij het huishouden en de ondersteuning van de mantelzorg naar de gemeenten over. De gemeente was al verantwoordelijk voor beleid op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, OGGZ; de OGGZ is eveneens opgenomen in de Wmo.

Op grond van de Wcpv moet de gemeente afstemmen, bewaken, coördineren en integreren oftewel regisseur zijn in het lokale gezondheidsbeleid. Het netwerk van organisaties die betrokken zijn bij de openbare gezondheidszorg is uitgebreid en complex. Het gaat om diverse partijen op lokaal en regionaal niveau die onderling ook weer met elkaar te maken hebben en van elkaar afhankelijk zijn en elk met eigen expertise en mogelijke inbreng.

Voor een deel is de gemeente zelf direct verantwoordelijk voor de uitvoering. Deze uitvoerende taken op het terrein van gezondheidsbeleid zijn grotendeels ondergebracht bij de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Voor wat betreft de relatie met de Rijksoverheid wordt opgemerkt dat per 1 januari 2006 grote veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg zijn doorgevoerd. De rollen van de Rijksoverheid, de gemeente, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de zorgconsumenten zijn anders geworden.

De Rijksoverheid heeft een preventienota uitgebracht waarin wordt aangegeven welke speerpunten volgens haar dienen te worden opgepakt in het kader van (gemeentelijk) preventiebeleid.

1.4 De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv)

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) die in 1990 van kracht werd, legt de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente vast ten aanzien van de collectieve preventieve zorg voor de volksgezondheid, ofwel de openbare gezondheidszorg.

Artikel 2, lid 1 van de WCPV luidt:

‘Burgemeester en wethouders bevorderen de totstandkoming en continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie, alsmede de afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg’.

De gemeente is op basis van de Wcpv verantwoordelijk voor de collectieve preventie in haar gemeente. Ze heeft de taak de gezondheid van haar inwoners te beschermen, te bewaken, en te bevorderen. De taken die de gemeente hiervoor moet uitvoeren zijn in de wet opgenomen. Sinds de wijziging van de Wcpv in 2003 is de gemeente verplicht iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken met daarin vastgelegd de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie.

De Wcpv bepaalt dat gemeenten een GGD in stand dienen te houden. Op basis van een gemeenschappelijke regeling participeert de gemeente Son en Breugel in de GGD Brabant Zuidoost. De GGD Brabant Zuidoost heeft zo'n 400 medewerkers en werkt voor 21 gemeenten met in totaal bijna 520.000 inwoners. Op 1 januari 2006 heeft er een bestuurlijke fusie plaatsgevonden tussen de voormalige GGD Zuidoost Brabant en de GGD Eindhoven, waarna op 1 januari 2008 de organisatorische fusie een feit is geworden.

Op grond van de Wcpv, overige wettelijke bepalingen en de gezamenlijke wensen van de participerende gemeenten heeft de GGD Brabant Zuidoost een omvangrijk pakket aan dienstverlening in de aanbieding: het zogeheten dienstenpakket. Dit dienstenpakket is de basis voor ons (preventieve) gemeentelijk gezondheidsbeleid. In grote lijnen is het dienstenpakket van de GGD onder te verdelen in drie hoofdproducten:

- I. gezondheidsbevordering (preventie, informatie, onderzoek, beleidsondersteuning);
- II. jeugdgezondheidszorg;
- III. algemene gezondheidszorg (medische milieukunde, infectieziektebestrijding, technische hygiënezorg en reizigersvaccinatie).

Voor een uitgebreide beschrijving van de Wcpv-taken van de GGD Brabant Zuidoost in de gemeente Son en Breugel wordt verwezen naar bijlage 1.

1.5 Ontwikkelingen rondom gezondheids(zorg)beleid

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Het centrale thema in de Wmo is “meedoen”. Meedoen van álle burgers aan álle facetten van de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Voor kwetsbare groepen is extra aandacht; ouderen en mensen met een beperking mogen geen drempels ervaren. Elke gemeente mag zelf bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseert. De Wmo omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in negen prestatievelden:

1. Het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten;
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met het opgroeien en ondersteuning van ouders met problemen met opvoeden;
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en het bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem;
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
7. Maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en huiselijk geweld;
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

De gemeente Son en Breugel heeft in haar vierjarig Wmo-beleidsplan ervoor gekozen een 10^e prestatieveld toe te voegen: gezondheidsbevordering en gezondheidsbeleid.

De missie van de gemeente Son en Breugel, zoals verwoord in het Visiedocument Wmo luidt “een sociale samenleving met toenemende onderlinge betrokkenheid van burgers.” Dit moet gestalte krijgen door middel van een viertal speerpunten in willekeurige volgorde:

1. Eigen verantwoordelijkheid van burgers
2. Versterken sociale samenhang
3. Zelfstandig blijven functioneren
4. Kwalitatief en betaalbaar pakket van voorzieningen

Het spreekt voor zich dat deze nota LGB afgestemd wordt met deze lokale uitgangspunten vanuit de Wmo.

Relatie tussen de Wcpv en Wmo

De gemeente Son en Breugel wil de komende jaren beleid formuleren dat een samenhangend antwoord geeft op sociaal – maatschappelijke (Wmo) en gezondheidsproblemen (Wcpv). Het doel moet zijn om deze problemen zoveel mogelijk te voorkomen. Om die reden maakt gezondheidsbevordering integraal onderdeel uit van het Wmo beleid.

De Wcpv begeeft zich vooral op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. Onder primaire preventie vallen activiteiten die voorkomen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat. De doelgroep bij primaire preventie zijn gezonde mensen.

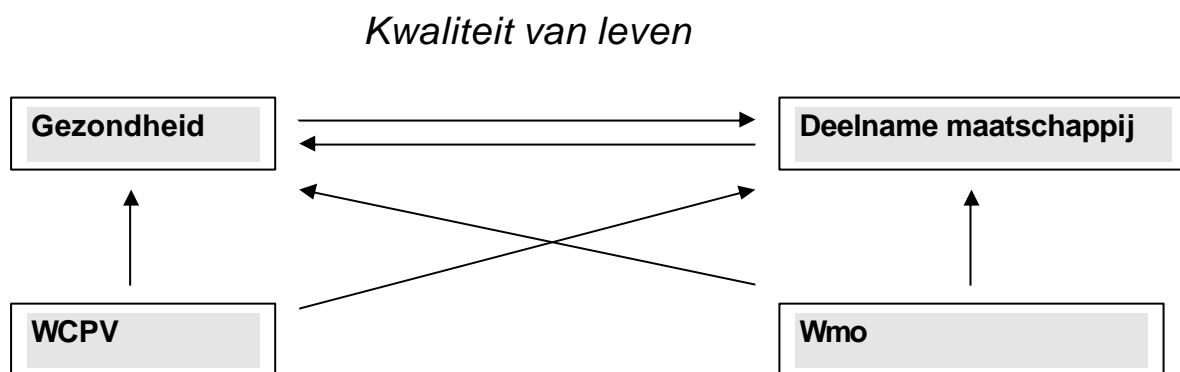
Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben.

De Wmo richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie en heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Bij tertiaire preventie (valt vaak onder de zorg) worden complicaties en ziekteverergering voorkomen.

De negen prestatievelden van de Wmo hebben verschillende raakvlakken met taken binnen de Wcpv. De raakvlakken liggen vooral op het gebied van bevorderingstaken (preventieactiviteiten). In het kader van het LGB moet worden bepaald op welke onderwerpen preventieprogramma's ingezet gaan worden. Afstemming met preventieve programma's die in het kader van het Wmo-beleidsplan worden ingezet is hierbij essentieel.

Kort samengevat kan de relatie tussen beide wetten het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende, onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers (zie figuur).

Figuur 1. Relatie tussen Wcpv en Wmo



Uit onderzoek blijkt dat mensen die participeren in de maatschappij zich gezonder voelen. Andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij weer (en meer) mogelijk. Gezondheid in brede zin speelt dus een belangrijke rol binnen de Wmo. Beide wetten hebben een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven. Een kwalitatief goed leven draagt bij aan het creëren van een civil society. Wanneer mensen een kwalitatief goed leven leiden zullen zij openstaan voor de maatschappij om hen heen.

Belang van preventie in relatie tot zorg, welzijn en wonen

De relatie tussen de Wcpv en de Wmo onderstreept het belang van preventie. Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt.

Binnen de Wmo is tot nu toe veel aandacht uitgegaan naar de zichtbare individuele voorzieningen. Er is echter veel (gezondheids)winst te behalen wanneer vroeg in het (ziekte) proces wordt ingegrepen door waar mogelijk te voorkómen dat mensen chronisch ziek worden. Het is dan ook van belang dat onze gemeente blijft investeren in preventie. De preventie die voorafgaat aan de cure, zorg en welzijn, maar ook aan de preventie binnen die branches.

Preventie, cure en care zijn eigenlijk opeenvolgende stadia in het (ziekte)proces.

- Preventie vindt plaats om te voorkomen dat een ziekte optreedt, zich manifesteert of verergerd. Bij preventie gaat het er niet alleen om ziekten te voorkomen, maar ook om de gezondheid van de bevolking te handhaven en te verbeteren. Dit betekent onder andere bevorderen dat mensen optimaal functioneren, zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal.
- Bij cure gaat het om de ziekte te genezen en bij zorg (care) om de kwaliteit van leven te verbeteren of te handhaven als men ziek of hulpbehoevend is.

Ook een aantal onderdelen van welzijn hangt samen met preventie en zorg. Welzijn is gericht op de bevordering van maatschappelijke participatie, sociale samenhang en het creëren van een vangnet voor de zwakkeren in de samenleving. Onder welzijn vallen een aantal zaken die zeer dicht tegen zorg aanzitten, zoals het Algemeen Maatschappelijk Werk, de voormalige Wvg, en de maatschappelijke opvang en verslavingszorg. (nu Wmo). Ook in het kader van preventie leidt de groeiende aandacht voor sociale factoren als medeveroorzakers van ziekten tot een grotere vraag naar welzijnsactiviteiten.

Naast preventie, zorg en welzijn is er nog een branche die in toenemende mate een rol speelt, namelijk wonen. Mensen willen en blijven steeds langer zelfstandig wonen; thuis of in kleine groepswooningen. Er zijn dan ook meer woningen, zorg en diensten nodig voor mensen die zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen.

1.6 Evaluatie van de stuurgroep Lokaal Gezondheidsbeleid

De stuurgroep LGB was destijds geformeerd met als doel om samen met professionals te brainstormen, van gedachten te wisselen en beleid te ontwikkelen op het brede terrein van gezondheid. Zowel de gemeente als diverse organisaties die vertegenwoordigd waren in de stuurgroep Lokaal Gezondheidsbeleid (huisarts, Dommelregio, BWI, Zuidzorg) hebben in het begin moeten zoeken naar een werkbare vorm om gezamenlijk tot keuzes te komen in het gezondheidsbeleid.

Er zijn dialoogsessies georganiseerd (met partijen uit het veld) waarbij met name een aantal thema's naar voren kwamen op het gebied van jeugdbeleid.

De stuurgroep is in de afgelopen periode niet veel bij elkaar gekomen, maar desondanks zijn drie geplande activiteiten uitgevoerd door vanuit de stuurgroep ingestelde werkgroepen. Het ging om de volgende activiteiten:

- Organiseren informatiemiddag (of avond) over en voor aanbieders in de zorg;
- Organiseren van een informatie-bijeenkomst voor de Raad / stuurgroep LGB over het thema Openbare Geestelijke Gezondheidszorg;
- Stimuleren van gezond gedrag bij volwassenen en jeugd (door middel van deelname aan projecten "Laat je niet flessen" en "Brede Samenwerking").

Het vaststellen van deze nieuwe nota gezondheidsbeleid is een goede aanleiding om te bezien of een doorstart gemaakt kan worden met de stuurgroep Lokaal Gezondheidsbeleid.

Hoofdstuk 2 Lokaal gezondheidsbeleid is integraal beleid

2.1 Flankerend gezondheidsbeleid

De gemeente Son en Breugel maakt de keuze voor een brede, integrale visie op gezondheid. Het lokale gemeentelijke gezondheidsbeleid zal dan ook niet beperkt kunnen blijven tot alleen de zorgkolom, maar tevens van invloed moeten zijn op aanverwant gemeentelijk beleid op het gebied van wonen, welzijn, veiligheid, sport, verkeer en vervoer etc. Het lokale gezondheidsbeleid is derhalve integraal van karakter.

Hieronder volgen een aantal voorbeelden hiervan:

- a) *Openbare geestelijke gezondheidszorg:* mede als gevolg van de invoering van de Wmo is de betrokkenheid van gemeenten bij de geestelijke gezondheidszorg gegroeid. Met name de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) behoort tot het terrein van de gemeentelijke overheid. Sinds de invoering van de Wmo is daarin specifiek een taak voor de gemeente neergelegd. De OGGZ richt zich op de zorg voor hen die niet zelf om geestelijke gezondheidszorg vragen. Kenmerk van deze zorg is het ontbreken van een hulpvraag en soms ook van de medewerking van de personen waarop de activiteiten zijn gericht: ook wel “zorgwekkende zorgmijders” genoemd. Hierbij kan gedacht worden aan kwetsbare groepen, zoals chronisch psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen met (geestelijke) gezondheidsproblemen, mensen met een problematisch gedrag als zelfverwaarlozing en huisvervuiling, verslaafden met een dubbele diagnose, sociaal geïsoleerde en eenzame ouderen, thuiswonende dementerenden en probleemjongeren. Ook huiselijk geweld kan als thema binnen de OGGZ behandeld worden. Op deze manier heeft OGGZ ook een raakvlak met het integraal veiligheidsbeleid.
- b) *Jeugdbeleid:* gezondheidszorg krijgt ook binnen het integrale jeugdbeleid aandacht (beiden maken in die zin ook onderdeel uit van het Wmo beleid). Denk hierbij bijvoorbeeld aan de taken uit de Wcpv die binnen het jeugdbeleid al vorm worden gegeven, zoals de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jarigen. Ook krijgen binnen het jeugdbeleid leefstijlaspecten als alcohol- en ander middelengebruik, beweging en voeding al aandacht. Daarnaast ligt binnen jeugdbeleid momenteel de nadruk op het afstemmen en laten samenwerken van de verschillende hulp- en dienstverlenende instellingen om zo een sluitende keten voor jeugd met (dreigende) problematiek te realiseren (Elektronisch Kinddossier en Zorg voor Jeugd maar denk ook aan de ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin). De nota Lokaal Gezondheidsbeleid zal zich ten aanzien van jeugd vooral richten op de leefstijlaspecten, die een invloed kunnen hebben op de gezondheid van deze doelgroep. De toegankelijkheid, bereikbaarheid, kwaliteit van zorgvoorzieningen en de maatregelen ten aanzien van fysiek en sociale omgeving komen vooral in het integrale jeugdbeleid aan de orde.
- c) *Integraal Veiligheidsbeleid;* in 2006 is de nota Integraal Veiligheidsbeleid vastgesteld. Enkele prioriteiten daaruit hebben een relatie met gezondheidsbeleid, zoals het bevorderen van leefbaarheid in de wijk, verhogen van het veiligheidsgevoel; bestrijding huiselijk geweld; aandacht voor riskant gebruik genotmiddelen bij jeugd; verhogen verkeersveiligheid. Uit deze onderwerpen blijkt overigens ook dat integraal veiligheidsbeleid raakvlakken heeft met jeugdbeleid, verslavingszorgbeleid en OGGZ-beleid.

- d) *Milieubeleid*; ongeveer 2 tot 5 % van het gezondheidsverlies in Nederland is toe te schrijven aan milieufactoren. De belangrijkste oorzaken zijn: luchtverontreiniging, verontreiniging van het binnenmilieu en geluidshinder. Binnen het gemeentelijk milieubeleid bestaan derhalve kansen om middels milieumaatregelen de gezondheid positief te beïnvloeden of in ieder geval negatieve invloeden weg te nemen. De verontreiniging van het binnenmilieu (de luchtkwaliteit in woningen en gebouwen) heeft bovendien veel te maken met leefstijl en gedrag van mensen en is daarmee bij uitstek onder te brengen bij LGB-maatregelen ten behoeve van het bevorderen van een gezonde leefstijl. In de WCPV wordt de gemeente expliciet gevraagd aandacht te besteden aan milieu en gezondheid. Als voorbeeld van de aandacht die wij als gemeente schenken aan het binnenmilieu kunnen de onderzoeken genoemd worden welke de GGD in opdracht van de gemeente uitvoert op scholen, kinderopvang en andere voorzieningen.
- e) *Geluid en gezondheid*; verhoogde blootstelling aan omgevingsgeluid binnen in woningen kan leiden tot hinder, slaapverstoring en aan stressgerelateerde aandoeningen (hart- en vaatziekten). Bij geluidsniveaus vanaf de 65 –70 dB Lden, gemeten aan de gevel, kunnen bepaalde gezondheidseffecten optreden, zoals meer kans op verhoogde bloeddruk en hartziekten. Naast akoestische factoren, zoals het geluidsniveau en de frequentie, spelen niet-akoestische factoren een belangrijke rol in de mate waarin geluidhinder wordt ervaren. De geluidbelasting (akoestische factor) speelt hoogstens voor 50 % een rol bij de hinder. De invloed van de verschillende factoren verschilt echter per situatie. Een voorbeeld hiervan is de houding ten opzichte van de bron. Een positieve houding van de gemeente vermindert de hinder, een negatieve houding daarentegen versterkt de hinder. Verwachtingen over de toekomst bepalen ook in belangrijke mate de hinder. Het absolute geluidsniveau fungeert daarbij als uitgangspunt, waartegen veranderingen worden beoordeeld. Andere niet-akoestische factoren die een belangrijke rol spelen zijn angst (vooral bij vliegverkeer), beheersbaarheid, voorspelbaarheid, vrijwilligheid, de overtuiging dat anderen de geluidbelasting kunnen beïnvloeden en geluidgevoeligheid. Bij veel gehinderden in een bepaald gebied kan het dan ook raadzaam zijn na te gaan welke niet-akoestische factor(en) de geluidhinder bepalen. Beheersbaarheid van de geluidssituatie kan mogelijk verhoogd worden, door het verstrekken van toegankelijke en begrijpelijke informatie door gemeente en/of betreffende veroorzaker van het geluid. Vertrouwen in de betrokken partijen is hierbij van belang.

Hoofdstuk 3. Speerpunten op het gebied van gezondheid in Son en Breugel

3.1 Beschrijving van de gezondheid van de inwoners van Son en Breugel

In het kader van de Wcpv verzamelt en analyseert de GGD elke vier jaar gegevens omtrent de gezondheidssituatie van de verschillende bevolkingsgroepen. Dat houdt in dat elk jaar een andere groep wordt onderzocht; achtereenvolgens de jeugd van 0-11 jaar, de jeugd van 12-18 jaar, de volwassenen tot 65 jaar en de ouderen. De uitkomsten van deze monitors leveren een schat aan informatie op voor gemeentelijk beleid op allerlei gebied. Zeker ook binnen de Wmo zijn de regionale en veelal ook lokale cijfers als input te gebruiken.

Wat de beschreven resultaten nu eigenlijk betekenen voor het te voeren lokale gezondheidsbeleid, wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4.

Hieronder volgt in het kort een opsomming van factoren welke van invloed (kunnen) zijn op de gezondheid (gezondheidsbeleving) van mensen:

Leefstijl

De manier waarop we leven en het gedrag dat we vertonen zijn van (grote) invloed op de gezondheid. Een gezonde leefstijl is van belang voor vele aspecten van gezondheid. Veel preventieve interventies richten zich daarom op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Over het algemeen blijkt de lichamelijke gezondheid van de kinderen in Son en Breugel goed te zijn; 95% van de ouders geven een positief oordeel over de gezondheid van hun kind.

Overgewicht

Het aantal mensen met overgewicht neemt toe. De verwachting is dat dit probleem in de toekomst verder zal toenemen. Overgewicht kan leiden tot het ontstaan van suikerziekte, hart- en vaatziekten, gewrichtsproblemen en leverafwijkingen. Ernstig overgewicht heeft een grote invloed op het aantal chronische aandoeningen dan roken of overmatig alcoholgebruik.

Gezondheid en welzijn

Naast lichamelijke gezondheid – wat wordt bepaald door objectieve indicatoren van gezondheid – spelen ook subjectieve maten een rol zoals hoe de gezondheid beleefd wordt. Daarnaast kent gezondheid een psychische component.

Eenzaamheid

Eenzaamheid heeft te maken met tekorten in iemands sociale relaties. Het is een onplezierig en bedrukkend gevoel en daarom niet hetzelfde als “alleen zijn”.

Mantelzorg

Mantelzorg is zorg door een bekende uit de omgeving, zoals de partner, ouders, kind, burens of vrienden. Dit is aan de orde als de verzorgde voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald.

Lage ses

Het opleidingsniveau (van de ouders) geeft, naast inkomen en beroepsklasse, een indruk van de sociaal economische status (ses). Een lagere ses is gerelateerd aan een gemiddeld kortere levensverwachting en een geringer aantal jaren dat in goede gezondheid wordt doorgebracht. Ook op de leefstijlfactoren scoren lage ses groepen ongunstiger; ze roken meer, eten minder groente en fruit en bewegen minder. Bovendien zijn de woon- en werkomstandigheden van lage ses groepen vaker ongunstig.

- Van 21% van de kinderen in Son en Breugel zijn de aanwezige ouders in het gezin laag opgeleid (maximaal lagere school, LBO of MAVO). Het percentage jongeren met

een laag opleidingsniveau (VMBO) is in Son en Breugel 33% en vergelijkbaar met de regio.

- Het percentage ouders dat een laag inkomen heeft, is in Son en Breugel relatief laag; 17% verdient minder dan €1750 per maand netto, in de regio is dat 23%. Van de ouders geeft 3% aan grote moeite te hebben om financieel rond te komen.
- Het merendeel van de volwassenen in Son en Breugel heeft een opleiding op hoog niveau; 33% heeft een HBO of WO-opleidingsniveau. Dit is meer dan gemiddeld in de regio waar 25% van de mensen een hoog opleidingsniveau heeft. Zes procent is laag opgeleid (alleen lager onderwijs). Ruim tweederde van de volwassenen in Son en Breugel heeft betaald werk. Het huishoudinkomen is bij 27% lager dan €1750,- per maand, waarvan 9% lager dan €1150,-. Van de volwassenen in Son en Breugel heeft 24% enige moeite om rond te komen; 5% heeft zelfs grote moeite. Deze groep is groter dan in 1999 waar 14% enige tot grote moeite had om rond te komen; 2% grote moeite. In de regio is eveneens een toename te zien van de groep die moeite heeft rond te komen.

éénoudergezin

- Van de 0-11 jarigen in Son en Breugel woont 5% van de kinderen in een éénoudergezin. Eenoudergezinnen hebben vaker moeite met rondkomen. Dat komt grotendeels door het lagere gezinsinkomen. In vergelijking met de 0-11 jarigen, is het percentage jongeren dat in een éénoudergezin woont bij de 12-17 jarigen met 10% hoger.

Allochtonen

- Als risicofactor voor gezondheid bij kinderen wordt ook een niet-westerse achtergrond genoemd. De praktijk leert namelijk dat onder de groep allochtonen relatief vaker een lagere ses wordt geconstateerd. In Son en Breugel heeft 6% van de 0-11 jarigen een niet-westerse etniciteit; bij de 12-17 jarige inwoners van Son en Breugel is 3% van oorsprong niet-westers allochtoon. In Son en Breugel bestaat 2% van de volwassenen uit niet-westerse allochtonen.

3.2 Landelijke speerpunten (vanuit landelijke preventienota)

Samenvatting Preventienota Kiezen voor gezond leven

De preventienota gaat vooral over een betere afstemming tussen Rijksbeleid en lokaal beleid. Duidelijk is dat preventie een steeds grotere rol speelt in de curatieve gezondheidszorg. Sterfte, vóórkomen van ziekten en verlies aan kwaliteit van leven bepalen samen de ziektelast van een aandoening. De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn achtereenvolgens; hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressie. Vervolgens: diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie. Ongezond gedrag levert een forse bijdrage aan deze ziekten. Hierbij moet o.a. gedacht worden aan roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht.

Mensen uit armere milieus gaan gemiddeld 4 jaar eerder dood dan mensen uit rijkere milieus, en ze leven gemiddeld 12 jaar korter in goede gezondheid als gevolg van chronische aandoeningen en beperkingen. Mensen met een lage ses leven over het algemeen ongezonder en werken en wonen in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaal-economische status.

Preventiebeleid

Preventiebeleid is er op gericht dat mensen langer gezond leven;

- het ouder worden van mensen (toename levensverwachting)
- langer gezond leven (toename aantal gezonde levensjaren)
- minder verschil in gezondheid tussen mensen (verkleining verschil in achterstand mensen met lagere ses).

De welvaartsziekten van nu zijn grotendeels te vermijden; ongezond gedrag verhoogt de ziektebelasting. Iedereen vindt zijn eigen gezondheid belangrijk, maar lang niet iedereen leeft gezond. Burgers kunnen kiezen voor gezond leven. Door de samenleving zo in te richten dat 'de gezonde en bewuste keuze' een makkelijke keuze wordt, ondersteunt de overheid de burger. Gezonde producten moeten gemakkelijk beschikbaar zijn en de leefomgeving moet uitnodigen tot bewegen.

Het voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik, en overgewicht (voeding en bewegen) levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. Daarnaast is ervoor gekozen om diabetes en depressie als speerpunt aan te wijzen.

Betere gezondheid langs de weg van preventie werkt het beste langs korte lijnen met burgers. Daarom moet de zorg voor de gezondheid van kwetsbare groepen in gemeenten worden georganiseerd.

Er worden ook andere preventieve strategieën voor behandelaars verkend. Het adviseren over gezond gedrag aan individuele mensen maakt steeds vaker onderdeel uit van de zorg van artsen. Vooral als stoppen met roken of bestrijden van overgewicht belangrijk is voor de behandeling. Daarnaast hebben ouders en opvoeders een belangrijke rol door kinderen van jongs af aan te leren gezonde keuzes te maken. De rol die ouders en opvoeders hierin hebben bij de opvoeding van kinderen in de toekomst moet groeien, zoals in (het voorkomen van) alcoholgebruik van jongeren.

Samengevat kiest de gemeente Son en Breugel als speerpunten voor gezond leven:

- overgewicht
- stoppen met roken
- schadelijk alcoholgebruik
- diabetes
- depressie

Deze vijf punten worden aangevuld met de twee speerpunten waarvoor de VNG en de GGD Nederland aanvullend aandacht voor vragen in de Preventienota:

- aandacht voor seksuele gezondheid
- sociaal-economische gezondheidsverschillen

Hoofdstuk 4

Plan van aanpak Son en Breugel

4.1 Speerpunten

In voorgaande hoofdstukken zijn onderwerpen aan bod gekomen die van belang zijn voor de gezondheid van de inwoners van Son en Breugel. De landelijke overheid heeft een aantal speerpunten benoemd en de VNG en GGD Nederland hebben aandacht gevraagd voor een tweetal punten. Deze speerpunten komen nadrukkelijk overeen met de punten welke aandacht vragen in onze gemeente. In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe deze speerpunten worden aangepakt.

1. **Overgewicht /leefstijl**

Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen (volwassenen en kinderen) dat te zwaar is snel. De nieuwste cijfers over de toename van overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) bij kinderen zijn verontrustend. In 1980 had 1 op de 15 kinderen van 4 tot 14 jaar overgewicht, in 1997 was dit al 1 op de 8 á 9 kinderen. In de zes jaar daarna is dit verder toegenomen tot 1 op de 5 kinderen.

Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status (laag inkomen, goedkopere huisvesting, achterstand in gezondheid). Mensen met obesitas leven minder lang en vooral langer in slechtere gezondheid. Met overgewicht lopen mensen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Mensen met overgewicht hebben vaak een negatief stempel en kunnen daarmee psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken.

Overgewicht	
Landelijk vastgesteld speerpunt op het gebied van preventie	Speerpunt in Landelijke Preventienota. Mensen met overgewicht leven minder lang en in minder goede gezondheid. Mensen met overgewicht lopen niet alleen kans op fysieke problemen zoals diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen van het bewegingsapparaat, maar ook kunnen ze vanwege hun overgewicht psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement komen. Op landelijk niveau heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het convenant overgewicht met diverse partijen (scholen, bedrijfsleven, werkgevers, zorgsector, levensmiddelenindustrie, sport) afspraken gemaakt over het stimuleren van bewegen en gezonde voeding.
Lokale situatie (op basis van Gezondheidspeilingen)	Ouderen: 53% heeft overgewicht, 9% ernstig. Volwassenen: 46% heeft overgewicht, 12% ernstig Jeugd (12-17 jaar): 5% heeft overgewicht, 1% ernstig Jongeren (0-11 jaar): 12% heeft overgewicht, 3% ernstig
Eventueel (landelijk) vastgestelde ambities	Landelijk geformuleerde doelstellingen: <ul style="list-style-type: none">▪ Het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen.▪ Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen. De doelgroepen jeugd en mensen met een lage sociaal-economische status krijgen hierbij extra aandacht.
Lopend (gemeentelijk) beleid	<ul style="list-style-type: none">▪ De GGD adviseert en ondersteunt scholen met als doel de aanpak van overgewicht bij de jeugd en de

Overgewicht	
	<p>structurele aandacht voor een gezond gewicht te versterken door beleid, inzet van lesmethodes en lespakketten, communicatie en voorzieningen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In het kader van de Brede Samenwerking wordt met de GGD samengewerkt om ondersteuning te bieden ter versterking van het onderwerp “gezonde leefstijl” binnen de deelnemende instellingen.
Doelgroep	De doelgroepen jeugd en mensen met een lage sociaal-economische status krijgen hierbij extra aandacht.
Plan van aanpak	<p>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. Daarbij gaat het om een evenwichtige combinatie van gezonde voeding en voldoende beweging.</p> <p>Dit begint reeds bij de advisering en (opvoedings)ondersteuning op het consultatiebureau en de peuterspeelzaal. Scholen vormen een belangrijke plek waar kinderen verblijven en waar voorlichting gegeven kan worden.</p> <p>Kinderen met overgewicht hebben extra begeleiding nodig.</p> <p>Naast de jeugdigen is er ook nog aanzienlijke winst te behalen bij mensen met een lage sociaal economische status door het verhogen van de lichamelijke activiteit en het bevorderen van gezond eten. Door middel van voorlichting en educatie kan het individu hierop worden gewezen.</p> <p>Belangrijk bij de aanpak van overgewicht is een gezamenlijke aanpak. Daarbij gaat het om zowel scholen, huisartsen, jeugdgezondheidszorg en dergelijke als andere beleidsterreinen zoals Onderwijs, Sport & Recreatie, Ruimtelijke Ordening, Verkeer & Vervoer en Zorg & Welzijn.</p> <p>Een andere belangrijke ingang voor overgewicht vormen de huisartsen. Zij moeten betrokken worden bij dit thema omdat zij mensen een ‘beweegadvies op recept’ kunnen geven. Zij zouden hierin bijvoorbeeld ondersteund kunnen worden door een ‘beweegwijzer’ samen te stellen.</p>
Uitvoering	Gemeente, BWI, GGD, scholen, huisartsen.

2. Stoppen met roken

Stoppen met roken	
Landelijk vastgesteld speerpunt op het gebied van preventie	Roken is de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Roken schaadt bovendien de gezondheid van anderen in de omgeving.
Lokale situatie (op basis van Gezondheidspeilingen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volwassenen (18-65 jr): 26% rookt en 3% is een zware roker. ▪ Jeugd (12-17 jr): 4% rookt dagelijks.
Ambitie	Het landelijke doel is het percentage rokers te verminderen tot 20% in 2010.
Lopend (gemeentelijk) beleid	<p>Er is geen afgestemd lokaal beleid. Diverse partijen voeren wel activiteiten uit zoals verloskundigen, kraamzorg en consultatiebureau.</p> <p>De GGD voert ook jaarlijks campagne. In 2008 loopt de stopcampagne Stivoro via publieksevenement/markt, jaarlijks 1 campagne voor jongeren (actie tegengif via scholen). Scholen: via thema's als leefstijl.</p> <p>(Huis)artsen / praktijkondersteuners ondersteunen bij stoppen met roken.</p> <p>Zuidzorg: training 'Pak je kans' (groepstraining), en een persoonlijke coaching chronisch zieken.</p> <p>Ziekenhuizen in de regio: individuele ondersteuning en groepstraining.</p>
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jongeren (primaire insteek); ▪ Zwangeren; ▪ Volwassenen algemeen
Plan van aanpak	<p>De beste resultaten van tabaksontmoedigingsbeleid worden geboekt door middel van een mix van interventies en maatregelen zoals intensieve multimediacampagnes, stoppen-met-roken-advies van de huisarts, stoppen met roken voor zwangeren, vergoeding voor de hulp aan stoppen met roken, accijnsverhogingen, terugdringen van meeroken. Er zal nadrukkelijk worden ingezet op afstemming van deze activiteiten.</p> <p>Voor de 3 doelgroepen zoals hierboven beschreven zijn diverse interventies beschikbaar*.</p> <p>Jongeren kunnen het beste bereikt worden via de scholen. Er bestaan goede campagnes om in te zetten ('actie tegengif'), en er is een effectief lesprogramma ('gezonde school en genotmiddelen'). Hierin zijn de thema's roken, alcohol en drugs geïntegreerd.</p> <p>Voor rokers die willen stoppen met roken moet er lokaal goede begeleiding / coaching zijn. Hiervoor zijn inmiddels ook goede trainingen beschikbaar.</p>
Uitvoering	Verloskundigen, kraamzorg, consultatiebureau, GGD, Novadic-Kentron, scholen, huisartsen, thuiszorg, ziekenhuizen

* Richtlijn tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid. Stivoro, Den Haag, 2006.

3. Schadelijk alcoholgebruik

Schadelijk alcoholgebruik	
Landelijk vastgesteld speerpunt op het gebied van preventie	Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Ouders zijn steeds makkelijker geworden over het (toenemende) alcoholgebruik van hun kinderen. Ouders weten vaak niet hoe ze in de opvoeding met het alcoholgebruik van hun kinderen moeten omgaan. Het gebruik van alcohol is cultureel en sociaaleconomisch diep in onze samenleving geworteld.
Lokale situatie (op basis van Gezondheidspeilingen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volwassenen (18-65 jaar): 14% is overmatig drinker en 10% is (zeer) excessieve drinker. 38% voldoet niet aan alcoholnorm. ▪ Jeugd (12-17 jaar): 4% drinkt (zeer) excessief en 6% drinkt meer dan 20 glazen per week. 47% Drinkt alleen in het weekend. ▪ Jongeren (0-11 jaar): 15% heeft wel eens alcohol gedronken en bijna 1% afgelopen 4 weken.
(landelijke) ambities	<p>Landelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebruik van alcohol bij jongeren (16-) terugbrengen naar niveau 1992. ▪ Minder volwassen probleemdrinkers van 10.3% naar 7.5% in 2010.
Lopend (gemeentelijk) beleid	<p>Het meest belovend zijn activiteiten gericht op ouders en opvoeders gecombineerd met regelgeving en handhaving daarvan. Bij de groep kinderen en hun ouders die nog niet drinken is de kans op succes het grootst.</p> <p>Regionaal project 'laat je niet flessen':</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opschuiven startleeftijd alcoholgebruik; onder de 16 geen alcohol. ▪ Dronken jongeren op straat accepteren we niet.
Doelgroep	<p>Deskundigen geven prioriteit aan de volgende doelgroepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doelgroep jongeren onder de 16 jaar; onder de 16 geen alcohol, naleving wettelijke grenzen, geen gebruik in openbare ruimten. ▪ Doelgroep uitgaanspubliek (16-25 jaar) voorkomen van schadelijk alcoholgebruik en voorkomen openbare problematiek. ▪ Doelgroep volwassenen met schadelijk alcoholgebruik voorkomen of vroegtijdig signaleren.
Plan van aanpak	<p>Een effectief lokaal alcoholbeleid kent 4 pijlers; publiek draagvlak (bewustwording en communicatie), regelgeving (beïnvloeden van de beschikbaarheid), handhaving (bevoegdheden) en vroegsignalering (problemen in een vroeg stadium ontdekken). Voor het uitvoeren van een effectief alcoholbeleid moet gedurende een langere periode vaak en consequent dezelfde norm gecommuniceerd worden *.</p> <p>In het regionale project 'laat je niet flessen' worden veel materialen en ideeën ontwikkeld die op lokaal niveau kunnen worden ingezet. Het breed lokaal uitzetten hiervan</p>

Schadelijk alcoholgebruik

	<p>vraagt een samenwerking met veel partijen op lokaal niveau. Deze partijen kunnen het beste direct bij de planvorming betrokken worden om het benodigde draagvlak te ontwikkelen.</p> <p>Daarnaast zal door partijen de nodige aandacht worden geschonken aan alcoholgebruik onder volwassenen en senioren waarbij de focus is gericht op verslaving.</p>
Uitvoering	Gemeente, GGD (20 uur uitvoering regulier), SRE, scholen, sportverenigingen, bibliotheek, Novadic-Kentron, jeugd- en jongerenwerk, huisartsen, maatschappelijk werk, politie.

* Handleiding lokaal alcoholbeleid, een integrale benadering. VWA, Den Haag, 2007.

4. Diabetes

Diabetes	
Landelijk vastgesteld speerpunt op het gebied van preventie	In Nederland hebben meer dan 600.000 mensen diabetes type 2 en elk jaar komen er 70.000 bij. In 2025 zal het aantal mensen met diabetes type 2 verdrievoudigd zijn. Naar schatting 250.000 mensen hebben de ziekte zonder dat ze het weten met als gevolg meer kans op complicaties. Zonder een passende leefstijl en goede behandeling krijgen veel patiënten complicaties als hart- en vaatziekten, blindheid, aantasting van de nieren en het zenuwstelsel en soms amputaties.
Lokale situatie (op basis van Gezondheidspeilingen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouderen (65+): 10% diabetes vastgesteld door arts ▪ Volwassenen (18-65 jr): 3% diabetes vastgesteld door arts ▪ Jeugd (12-18 jr): 0.5% ▪ Jongeren (0-11 jr): 0.1%
Ambities	In de preventienota wordt landelijk als doel gesteld dat het aantal patiënten met diabetes type 2 tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% mag stijgen. Daarbij dient 65% van de diabetespatiënten geen complicaties te hebben. De speerpunten zijn het tijdig signaleren van diabetes en integratie van preventie en zorg.
Lopend (gemeentelijk) beleid	Op dit moment is er geen beleid specifiek op diabetes type 2 bekend. Eind 2008 wordt hier meer over bekend. Zie 'plan van aanpak'.
Doelgroep	De belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van type 2 diabetes bij volwassenen zijn: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bij volwassenen: overgewicht, inactiviteit, ongezonde voeding en roken. ▪ Bij kinderen: overgewicht ▪ Erfelijke belasting.
Plan van aanpak	Voor het voorkomen van diabetes type 2 is gezond gedrag

	<p>van cruciaal belang. Dit speerpunt zal dus vanuit de insteek van preventie overlap vertonen met het speerpunt voorkomen van overgewicht.</p> <p>De GGD Brabant Zuidoost zal eind 2008 een overzicht gereed hebben van de initiatieven die op regionaal en lokaal vlak spelen bij diverse partijen. Vervolgens zal bekeken worden waar de afstemming nog kan verbeteren of welke initiatieven nog ontplooid zouden moeten worden. Op lokaal niveau is het inventariseren bij huisartsen van belang; wat doen zij al aan signalering of begeleiding van risicogroepen?</p> <p>Nieuw initiatief komt van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) 'de beweegkuur'; een Beweegkuur is tijdelijke professionele en persoonlijke begeleiding bij beweeg- en sportactiviteiten om een actieve levensstijl te verwerven. De huisarts schrijft de kuur voor waarna met een leefstijladviseur een persoonlijk beweegprogramma wordt ontwikkeld.</p>
Uitvoerders	Gemeente, ZuidZorg, GGD, huisartsen / praktijkondersteuners

5. Depressie

Per jaar lijden 737.000 volwassenen in Nederland aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. Depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste deel van de dag, gedurende minimaal twee weken. Daarnaast beïnvloeden andere klachten iemands functioneren, zoals slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, problemen met concentratie, piekeren over de dood en zelfdoding. Een depressie duurt gemiddeld zes maanden; bij 14 procent van de mensen met een depressie duurt de ziekte langer dan twee jaar. Depressie is ook na herstel niet altijd voorgoed weg: iemand die depressief is geweest kan dat gemakkelijk weer worden. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. Depressie is in 8 procent van de gevallen de veroorzaker van angststoornissen. Voor alcoholmisbruik is dit 27 procent. Omgekeerd: angststoornissen leiden in 66 procent van de gevallen tot een depressie, bij alcoholmisbruik is dat 59 procent.

De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) zet depressie bij mannen op de tweede plaats van veroorzakers van de grootste ziektelasten, bij vrouwen van 15 tot 40 jaar zelfs op de eerste plaats. De gezamenlijke maatschappelijke kosten van depressie bij 18 tot 65 jarigen bedragen volgens een lage schatting € 1,3 miljard per jaar.

In Nederland zijn de laatste jaren allerlei methoden beschikbaar gekomen om depressie bij jongeren, volwassenen en ouderen te voorkomen. Internationaal gezien loopt Nederland hiermee voorop. Behalve geïndiceerde preventie komen steeds meer programma's beschikbaar voor het versterken van de psychische weerbaarheid en opvoedingsondersteuning.

Depressie	
Landelijk vastgesteld speerpunt op het gebied van preventie	<p>Speerpunt in Landelijke Preventienota.</p> <p>Depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste deel van de dag, gedurende minimaal 2 weken. Een depressie duurt gemiddeld 6 maanden en bij 14% duurt de ziekte langer dan 2 jaar. Depressie is ook na herstel niet altijd voorgoed weg; iemand die depressief is geweest kan dat</p>

	gemakkelijk weer worden.
Lokale situatie (op basis van Gezondheidspeilingen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouderen (65+): 15% is psychisch ongezond. ▪ Volwassenen (18-65 jr): 17% voelt zich psychisch ongezond, 9% voelt zich een beetje tot erg somber. ▪ Jongeren (12-18 jr): 3% beetje tot erg somber ▪ Jeugd 0-11 jaar: 0.9% een beetje tot erg somber.
Ambities	<p>Landelijke speerpunten*:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voorlichting en bewustwording. Door meer aandacht te geven in de media de drempel te verlagen om hulp te gaan zoeken. ▪ Signalering en advies. Zorgen dat intermediairen in staat zijn om depressieve klachten te signaleren en bespreekbaar te maken. ▪ Preventieve ondersteuning. Mensen met depressieve klachten moeten minimaal een preventieve interventie kunnen krijgen. ▪ Maatregel gericht op omgeving. Onderzoek naar de belangrijkste risicofactor op depressieve klachten zodat hierop acties ondernomen kunnen worden.
Lopend (gemeentelijk) beleid	<p>Voor de afstemming voor dit speerpunt wordt aansluiting gezocht bij de Wmo waarbij meer aandacht zal zijn voor signalering van mensen met (gezondheids)problemen en het vormen van een netwerk om deze mensen heen. In samenwerking met de regiogemeenten wordt voor de aandachtsvelden 7, 8 en 9 van de WMO door de centrumgemeente Eindhoven bekeken hoe de gelden collectieve GGZ-preventie ingezet kunnen worden. Cursussen van de GGzE gericht op depressiepreventie werden (deels) vanuit deze gelden vergoed.</p>
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jongeren: kinderen die in armoede leven, verwaarlozing, misbruik, of geweld en kinderen met teruggetrokken gedrag. ▪ Volwassenen: vrouwen 2x zoveel als mannen, lage sociaal-economische status, mensen die al een depressie gehad hebben, mensen met chronische lichamelijke aandoening. ▪ Ouderen: weduwschap, eenzaamheid, ouderen met chronische ziekte, mensen met functionele beperkingen, met een lage opleiding, mensen met verlies van autonomie.
Plan van aanpak	<p>De GGD Brabant Zuidoost zal een inventarisatie uitvoeren in de regio naar het reeds bestaande hulpverleningsaanbod op het gebied van depressie. Op basis van dit overzicht kan bekeken worden of er overlap is in het aanbod en zo ja waar, en of er hiaten in het aanbod zitten en zo ja waar. Het gaat erom de lokale infrastructuur om te signaleren zo optimaal mogelijk af te stemmen en samenhang tussen de ketenpartners te bevorderen. Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies.</p>
Uitvoering	GGD, GGZE, Maatschappelijk Werk, BWI, gemeente.

6. Seksuele gezondheid

Aandacht voor seksuele gezondheid	
Landelijk vastgesteld speerpunt op het gebied van preventie	Geen landelijk speerpunt, maar wel op advies van VNG en GGD Nederland.
Lokale situatie (op basis van Gezondheidspeilingen)	<p>Uit de monitor van de 12-17 jarigen blijkt dat 48% wel eens gevreeën heeft zonder geslachtsgemeenschap en 12% heeft wel eens geslachtsgemeenschap gehad. Van de seksueel actieve jongeren heeft 60% wel eens onveilig gevreeën.</p> <p>Van de jongeren geeft 3% aan wel eens een seksuele ervaring tegen de zin gehad te hebben. 0.3% geeft aan regelmatig een probleem te hebben met seksueel misbruik. 5% zegt regelmatig een probleem te hebben op het gebied van vrijen of seksualiteit. Bijna één procent heeft regelmatig een probleem op het gebied van homoseksualiteit.</p> <p>Uit landelijk onderzoek blijkt dat er sprake is van een toename van chlamydia-infecties bij 15-24 jarigen, het vaker voorkomen van onveilig vrijen bij bepaalde groepen jongeren en een toename van seksueel grensoverschrijdend gedrag.</p>
Ambities	<p>Landelijke ambities; het inzetten van preventieve interventies ten behoeve van:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seksueel overdraagbare aandoeningen ▪ Onbedoelde zwangerschappen ▪ Geweld
Lopend (gemeentelijk) beleid	<p>De GGD maakt in 2008 een overzicht van het reeds bestaande aanbod op het gebied van relationele en seksuele vorming in de regio. Op basis van dit overzicht kan bekeken worden of er overlap of hiaten zijn in het aanbod en zo ja waar. Het gaat erom de lokale infrastructuur om te signaleren zo optimaal mogelijk af te stemmen en samenhang tussen de ketenpartners te bevorderen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basis onderwijs 'lentekriebels' – training en ondersteuning voor leerkrachten, uitleen lesmateriaal, ▪ Jongerenwerk – informeren met lesmateriaal <p><u>SOA</u> Aansluiting bij de jaarlijks 'Vrij veilig campagne', en aandacht voor de week van de liefde, deelname aan de landelijke hepatitis B-campagne voor risicogroepen (gratis vaccinatie), curatieve soa-sprekuren: mensen kunnen zich bij de GGD gratis laten testen op soa (waaronder hiv). Aanpak in combinatie met alcohol-preventie.</p>
Doelgroep	Jongeren in de leeftijd 12 – 17 jaar en hun ouders.
Plan van aanpak	<p>Op scholen aandacht besteden aan relationele en seksuele vorming.</p> <p>Een belangrijke invalshoek is het versterken van de weerbaarheid van leerlingen tegen groepsdruk. Geadviseerd wordt om ouders bij dit soort leefstijladviezen te betrekken en hen te ondersteunen.</p> <p>Naast inzet op school kan bekeken worden hoe andere organisaties een rol kunnen spelen:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inzet vanuit het jongerenwerk (bijv. tijdens meiden-groep, individuele contactmomenten enz.). ▪ stimuleren dat bij verenigingen en horeca con-doormautomaten aanwezig zijn. ▪ goede doorverwijzing naar hulpverleningsmogelijkheden en de rol van de huisarts/ apotheek hierin bekijken. ▪ In september 2008 wordt gestart met regionale (in-loop) spreekuren Aanvullende Seksuele Hulpverle-ning (ASH), vooralsnog in Eindhoven.
Uitvoering	Gemeente, GGD, onderwijs, BWI, ouders

7. Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Aandacht voor sociaal-economische gezondheidsverschillen	
Landelijk vastgesteld speerpunt op het gebied van preventie	Nee, wel advies van Vereniging Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland.
Lokale situatie (op basis van Gezondheidspeilingen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor (0-11 jr): Van 21% van de kinderen in Son en Breugel zijn de ouders laag opgeleid. Het netto huishoudinkomen is bij 17% van de ouders lager dan €1751, en bij 5% minder dan €1151. Van de ouders geeft 3% aan grote moeite te hebben financieel rond te komen. ▪ Monitor (12 -18 jr): Bijna één procent van de ouders heeft geen voortgezet onderwijs genoten. Tien procent van de gezinnen moet rondkomen van een inkomen beneden modaal, en 4% van een minimum inkomen. ▪ Volwassenen monitor (18-65 jr): Zes procent van de volwassenen is laag opgeleid. Eveneens 4% moet rondkomen van een inkomen van minder dan €850 per maand netto. Daarnaast heeft 5% grote moeite met rondkomen. ▪ Ouderenmonitor (65+): 13% van de ouderen is laag opgeleid. Vier procent van de ouderen heeft een netto maandinkomen van minder dan €850, en 10% ontvangt alleen AOW. Minder dan één procent van de ouderen geeft aan grote moeite te hebben met rondkomen.
Ambities	De minder goede gezondheid van mensen met een lage ses komt voor een deel door het verhoogd voorkomen van gezondheidsrisico's. Personen met een lage ses hebben een minder gezonde leefstijl: roken en drinken meer, eten minder groenten en fruit en bewegen minder. Ook zijn materiële omstandigheden (woon- en werkomstandigheden) vaak minder gunstig voor de gezondheid. Leefstijl en materiële omstandigheden hebben zowel afzonderlijk als in

	combinatie een effect op de gezondheidsverschillen.
Doelgroep	Mensen met een lage sociaal-economische status.
Plan van aanpak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimuleren van het gebruik van gemeentelijke regelingen (deze worden vaak onderbenut) ▪ Gezondheidsinformatie beter toegankelijk maken / dichterbij de doelgroep brengen (stoppen-met-roken-campagne, budget-voedingsvoorlichting)
Uitvoering	Gemeente, DommelRegio, GGD, BWI.

Hoofdstuk 5. Voorwaarden uitvoering gezondheidsbeleid

Voor een succesvol verloop van lokaal gezondheidsbeleid is het noodzakelijk dat aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. De belangrijkste van deze voorwaarden is ongetwijfeld het draagvlak.

Zonder een breed draagvlak bij zowel de vrijwilligersorganisaties en professionele instellingen, als bij de plaatselijke politiek is het onmogelijk invulling te geven aan bevordering van de gezondheid van de inwoners van onze gemeente.

5.1 Budget

Het gezondheidsbeleid wordt op verschillende manieren gefinancierd. In de begroting 2008 zijn verschillende budgetten opgenomen die direct ten goede komen aan gezondheid(sbeleid). In totaal gaat het om een bedrag van € 443.850,=. Dit bedrag bestaat uit zowel rijksmiddelen als gemeentelijk budget. Het grootste deel van het genoemde bedrag gaat naar de GGD ten behoeve van de uitvoering van een groot aantal taken op het gebied van gemeentelijke gezondheidsbeleid. Er resteert slechts een marginale ruimte om binnen het budget te herschikken, maar daar waar dat nodig is om de aanpak van speerpunten te realiseren, gebeurt dat ook.

5.2 Organisatiestructuur (LGB t.o.v. Wmo, jeugd e.d)

De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. De stuurgroep lokaal gezondheidsbeleid heeft de afgelopen jaren niet volledig haar adviserende en ondersteunende rol kunnen vervullen ten behoeve van de uitvoering van de beleidsvoornemens. Zoals gezegd zal de stuurgroep nieuw leven ingeblazen worden, waarbij taken, werkwijze en beleidsvoornemens van de stuurgroep worden geformuleerd.

5.3 Evaluatie

Teneinde de mogelijke gevolgen van lokaal gezondheidsbeleid voor de bevordering van gezondheid te kunnen meten zal een evaluatie worden gehouden betreffende de:

1. aanpak van gezondheidsknelpunten;
De organisaties en instellingen, die met de opzet en uitvoering van gezondheidsacties van de in het vorige hoofdstuk beschreven gezondheidsknelpunten belast worden, zullen worden verzocht door middel van verslaglegging inzicht te geven in de bereikte resultaten.
2. gezondheidswinst;
De door GGD Zuidoost-Brabant in een tijdsbestek van telkens 6 jaar per gemeente te houden Gezondheidspeilingen voor jongeren, volwassenen en senioren zullen onder meer worden gebruikt voor het "meten van de gezondheid" van de Son en Breugelse bevolking en de eventueel behaalde "gezondheidswinst" door vergelijking met eerdere gezondheidspeilingen en met peilingen in de regio.
3. tussenbalans
Om te kunnen beoordelen of de uitgangspunten van deze notitie voldoende aandacht hebben gekregen en effect hebben gesorteerd én om nieuwe ontwikkelingen dan wel speerpunten op te nemen in deze nota, zal twee jaar na vaststelling van de nota een tussenbalans worden opgesteld.