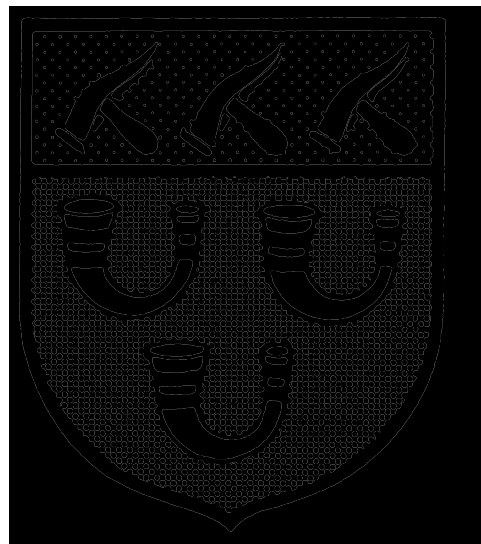


Nota

# Lokaal gezondheidsbeleid

Gemeente Loon op Zand  
2008-2012



**Gemeente Loon op Zand**  
Nieuwe Markt 1  
5171 EJ Kaatsheuvel  
Tel: (0416) 28911

## Samenvatting

Voor u ligt de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid voor Loon op Zand. In deze nota verduidelijkt de gemeente haar visie op gezondheid en gezondheidsbeleid, startend vanuit de wettelijke kaders. De gemeente kiest voor een brede visie op gezondheid en wil de diverse gezondheidsproblemen oplossen door ze integraal te benaderen en samen met diverse organisaties uit het veld aan te pakken.

Allereerst is de huidige gezondheidssituatie in beeld gebracht en in een discussiebijeenkomst besproken met samenwerkingspartners. Aangezien de lokale situatie niet wezenlijk afwijkt van de landelijke problemen èn omdat de samenwerkingspartners de problemen vanuit hun dagelijkse praktijk herkennen, kiest de gemeente er voor om de speerpunten uit de landelijke preventienota "Kiezen voor gezond leven", ook tot *lokale* speerpunten te maken.

De landelijke speerpunten zijn: roken, alcohol, overgewicht, diabetes en depressie en door de samenwerkingspartners is het speerpunt drugs toegevoegd. Zij constateren namelijk dat dit een toenemend probleem is, vooral in Kaatsheuvel.

De gemeente wil zich in haar beleid vooral richten op de doelgroepen senioren (depressie & eenzaamheid en diabetes) en jeugd & jongeren (roken, drugs, overgewicht en alcoholmisbruik). In de nota wordt een voorzet gedaan voor de activiteiten voor de komende jaren (in hoofdstuk 7). De gemeente wil dit globale activiteitenschema, samen met de partners, verder uitwerken tot een concreet plan van aanpak waarin ook de planning verder gespecificeerd zal worden.



## Inhoud

Samenvatting .....	2
1 Inleiding .....	4
2 Wettelijke kaders .....	5
3 Visie op gezondheid en lokaal gezondheidsbeleid.....	7
3.1 Gezondheid: een brede visie.....	7
3.2 Lokaal gezondheidsbeleid: van volgend naar regie .....	8
4 Landelijke kaders.....	9
5 De gezondheidssituatie in de gemeente Loon op Zand .....	12
5.1 Gezondheidsmonitor .....	12
5.2 Discussiegroep Gezondheid Telt! in Loon op Zand. ....	15
6 Prioriteiten .....	18
7 Van ambities naar plan van aanpak.....	19
7.1 Doelgroep senioren.....	19
Depressie en eenzaamheid .....	19
Diabetes .....	19
7.2 Doelgroep jeugd en jongeren .....	22
Drugs .....	22
Roken.....	23
Alcohol.....	24
Overgewicht.....	25
8 Monitoring en evaluatie .....	29
Bijlage 1 Wet Maatschappelijke Opvang (WMO) .....	30
Bijlage 2 Overige relevante wetgeving op het gebied van de volksgezondheid .....	32
Bijlage 3: Gezondheidssituatie Loon op Zand.....	37
Bijlage 4 Genodigden en aanwezigen bij discussiegroep Gezondheid telt!.....	50



# 1 Inleiding

Voor u ligt de tweede nota Lokaal gezondheidsbeleid voor de gemeente Loon op Zand. Met deze nota wil de gemeente haar visie op gezondheid en gezondheidsbeleid verduidelijken en in hoofdlijnen aangeven op welke thema's de komende vier jaar ingezet gaat worden.

Deze nota dient te worden opgesteld vanuit verplichtingen die de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid de gemeente oplegt. Maar ook heeft deze nota nauwe banden met de WMO-nota. In hoofdstuk 2 worden deze wettelijke kaders kort geschetst. In hoofdstuk 3 is de gemeentelijke visie op gezondheid en gezondheidsbeleid beschreven. Hier komt ook ter sprake welke consequenties deze visies hebben voor de wijze van uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. In hoofdstuk 4 worden de landelijke kaders voor het lokaal gezondheidsbeleid uitgelegd. Deze kaders zijn gesteld in de landelijke preventienota "Kiezen voor gezond leven".

De lokale gezondheidssituatie komt aan de orde in hoofdstuk 5. Hierin worden niet alleen de "harde" cijfers genoemd maar komen ook ervaringen van diverse partners uit het veld ter sprake. In hoofdstuk 6 wordt de keuze van de lokale speerpunten verantwoord en in hoofdstuk 7 wordt aangegeven wat er concreet aan activiteiten moet worden uitgevoerd om te komen tot een gedetailleerd plan van aanpak op alle speerpunten.



## 2 Wettelijke kaders

In dit hoofdstuk worden de twee belangrijkste wetten behandeld die een directe relatie hebben met het opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid, te weten de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

### *De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)*

In de WCPV zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid vastgelegd. De WCPV onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg.

Collectieve preventie.

De gemeenteraad heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Daarnaast bevordert de gemeenteraad de zorg voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg. De taken van de gemeente op dit terrein zijn in ieder geval:

1. Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking
2. Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen
3. Opzetten van preventieprogramma's
4. Bevorderen van medisch-milieukundige zorg
5. Bevorderen van technische hygiënezorg

De taken 1, 4 en 5 worden uitgevoerd door de GGD Hart voor Brabant.

Infectieziektebestrijding

Verder draagt de gemeenteraad in het kader van de WCPV zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding. Naast de taken op dit terrein die voortvloeien uit de Infectieziektewet, zijn de taken van de gemeenteraad op dit terrein in ieder geval:

6. Algemene infectieziektebestrijding
7. Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids
8. Tuberculosebestrijding
9. Bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten
10. Beantwoorden van vragen uit de bevolking
11. Geven van voorlichting en begeleiding

De taken 6 t/m 11 worden uitgevoerd door de GGD hart voor Brabant.



### Jeugdgezondheidszorg

De gemeenteraad draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Taken op dit terrein zijn in ieder geval:

12. Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren
13. Ramen van de behoefte aan zorg
14. Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma
15. Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding
16. Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De gemeente is verantwoordelijk voor de JGZ van 0- tot 19-jarigen. De gemeente continueert de regisseursrol van de integrale JGZ. De GGD (4-19 jaar) en de thuiszorginstelling (0-4 jaar) voeren de jeugdgezondheidszorg uit. Het JGZ aanbod is vastgelegd in een basistakenpakket (BTP). Daarnaast hebben gemeenten (inhoudelijke) beleidsvrijheid om het aanbod van het maatwerkdeel af te stemmen op specifieke zorgbehoeften of op de lokale of regionale gezondheidssituatie. Buiten de hierboven genoemde taken is de gemeente vanuit de WCPV verplicht om elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te schrijven en om een GGD in stand te houden. De taak "het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg" (OGGZ) is sinds 1 januari 2007 van de WCPV overgeheveld naar de WMO, met uitzondering van de psychosociale hulpverlening bij rampen.

### *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)*

Sinds 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) van kracht. De WMO vervangt de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), de Welzijnswet en een deel (namelijk de huishoudelijke verzorging) uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het maatschappelijk doel van de WMO is "meedoen". De wet moet ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving, al dan niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Als dat niet kan is er ondersteuning vanuit de gemeente. De gemeente stelt samen met de eigen inwoners samenhangend maatschappelijk beleid op, waarbij de gemeente de verantwoordelijkheid heeft om alle burgers te laten meedoen in de samenleving. Hier ligt meteen de relatie met het lokaal gezondheidsbeleid: een goede gezondheid maakt het beter mogelijk om mee te doen. Aan de andere kant is 'meedoen' een factor die een positieve invloed heeft op de gezondheid en het welbevinden van mensen.

Door een samenhangend beleid te voeren dat gericht is op de bescherming en bevordering van de gezondheid en de preventie van ziekten wordt voorkomen dat er een te zware claim komt te liggen op de middelen die vanuit de WMO beschikbaar zijn. Het toekomstige lokaal gezondheidsbeleid is opgesteld vanuit het WMO-gedachtegoed en binnen de gemeentelijke kaders die daarvoor zijn opgesteld.

Voor een uitgebreidere beschrijving van de WMO wordt verwezen naar bijlage 1.

Voor een uitgebreid overzicht van andere relevante wetgeving wordt verwezen naar bijlage 2.



### 3 Visie op gezondheid en lokaal gezondheidsbeleid

Dit hoofdstuk beschrijft de gemeentelijke visie op gezondheid en de gevolgen van deze visie op de wijze waarop het gezondheidsbeleid lokaal wordt ingevuld.

#### 3.1 Gezondheid: een brede visie

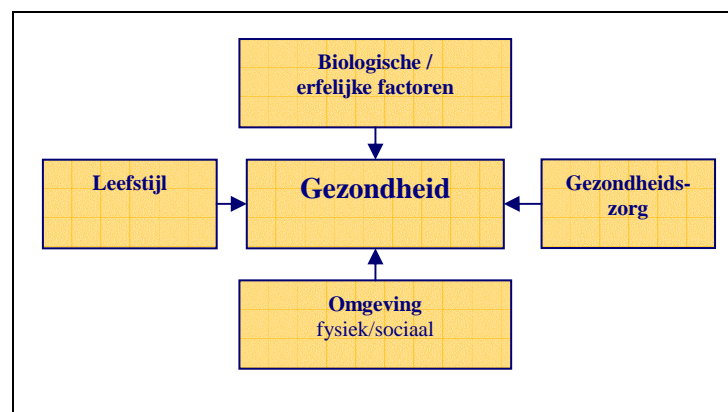
De gemeente Loon op Zand onderschrijft de definitie van gezondheid die door de World Health Organisation (WHO) wordt gehanteerd:

*Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken.*

Er zijn, volgens het inmiddels welbekende model van Lalonde, verschillende factoren die van invloed zijn op de gezondheid:

- biologische factoren (zoals geslacht, erfelijke aanleg e.d.)
- omgevingsfactoren (Bij sociale omgevingsfactoren gaat het dan bij voorbeeld over de samenhang in de wijk, de arbeidssituatie en de sociaal economische status. Fysieke omgevingsfactoren kunnen zijn de staat van de woning (vocht, ventilatie, gehorigheid en dergelijke), verkeersveiligheid, milieu).
- leefstijl (gedrag zoals roken, ongezond eten, alcoholmisbruik)
- toegankelijkheid van de gezondheidszorg (beschikbaarheid van voldoende huisartsen, 24-uurs bereikbaarheid van ziekenhuizen, communicatiemogelijkheden met anderstaligen)

Figuur 1. Model van M. Lalonde



Deze brede visie op gezondheid wordt ook door de gemeente Loon op Zand als uitgangspunt gekozen, omdat inmiddels uit onderzoek duidelijk is geworden dat voorlichting alleen onvoldoende invloed heeft op (on)gezond gedrag. De omgeving speelt een minstens zo belangrijke rol. Gezond gedrag moet gefaciliteerd worden door de omgeving (goede fietspaden, speelvelden, sportfaciliteiten) en ongezond gedrag moet juist worden ontmoedigd (geen aanbod in kantines van ongezonde voeding, rookverbod, beperken verkooppunten van drank etc.).



### 3.2 Lokaal gezondheidsbeleid: van volgend naar regie

De gemeente heeft er in de vorige nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2003-2007 voor gekozen het lokaal gezondheidsbeleid volgend te laten zijn op beleid op andere terreinen.

Naast de verplichte WCPV taken, uitgevoerd door de GGD (zoals het monitoren van de gezondheidssituatie, participatie in jeugdnetwerk en uitvoering van diverse voorlichtingen in het onderwijs) had de gemeente nog een aantal aandachtspunten geformuleerd. Overgewicht (en dan met name onder jongeren met het project "eten en gymmen=gewicht dimmen") werd benoemd als prioriteit evenals onderzoek naar eenzaamheid onder volwassenen. Voor ouderen werd een preventieproject eenzaamheid ingezet. Verder is er een intensivering van de woonbegeleiding gekomen om het aantal uithuiszettingen te verminderen en werd er gestart met de ontwikkeling van een brede school in de wijk Pannehoef.

De gekozen visie op *gezondheid* in de voorgaande paragraaf, heeft consequenties voor de visie op *lokaal gezondheidsbeleid*. Uit de hierboven beschreven visie op gezondheid kan namelijk worden afgeleid dat gezondheid niet alleen door het beleidsterrein volksgezondheid beïnvloed kan worden. Ook andere beleidsterreinen binnen de gemeente (zoals milieu, ruimtelijke ordening, verkeer en vervoer, veiligheid, welzijn, ouderen jeugd, onderwijs en sociale zaken) oefenen invloed uit op gedrag en omgeving. De gemeente streeft er naar om in de komende jaren, waar dit relevant is, afstemming te zoeken met die terreinen om geconstateerde knelpunten met een integrale aanpak op te lossen.

De gemeente Loon op Zand vindt het daarbij van essentieel belang om het volksgezondheidsbeleid verder vorm te geven met de verschillende partners in het veld. De gemeente wil samen met deze partners het beleid invullen en concretiseren. Waar de gemeente zich in de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid nog volgend opstelde kiest de gemeente er nu voor om de regierol te voeren; zij neemt het initiatief om de partners bijeen te brengen en zal sturen op resultaten. Haalbare, concrete doelen zijn hierin het uitgangspunt.

De gemeente wil in de toekomst de volgende algemene doelen bereiken met het gemeentelijk gezondheidsbeleid:

- het behoud of de verbetering van de volksgezondheid
- het beperken van gezondheidsverschillen tussen groepen van de bevolking in de gemeente
- het bestrijden van vermijdbare gezondheidsrisico's door het bevorderen van een gezonde leefwijze

Bij de realisatie van deze doelstellingen besteden we specifieke aandacht aan de mensen die dat het meest nodig hebben.

De gemeente wil bij de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid zoveel mogelijk meegaan in landelijke ontwikkelingen. Het is niet de bedoeling het wiel opnieuw uit te vinden maar juist zoveel mogelijk gebruik maken van bestaande richtlijnen en evidence based (bewezen) interventies. Wat deze visie op lokaal gezondheidsbeleid betekent voor de concrete aanpak van de speerpunten op lokaal niveau wordt besproken in hoofdstuk 7.





## 4 Landelijke kaders

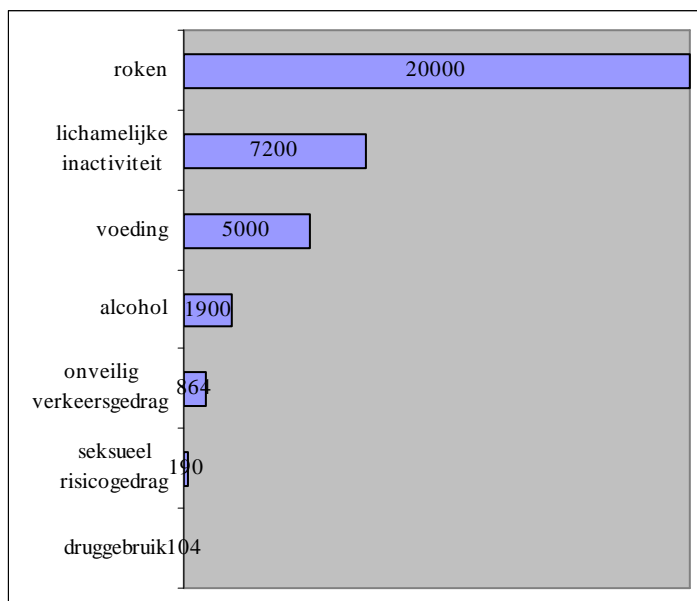
Het kabinet heeft in oktober 2006 in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' de landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid benoemd. Maar hoe zijn die speerpunten bepaald?

Er is allereerst voor 56 ziekten de ziektelast in beeld gebracht. Ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years). Dit is een resultaat van het aantal verloren levensjaren plus het aantal jaren in ziekte doorgebracht, met een weging voor de ernst van de ziekte. Op deze manier kunnen ziekten qua ernst met elkaar vergeleken worden.

De ziekten met de hoogste ziektelast zijn: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte, depressie, chronische longziekten (COPD), diabetes, longkanker, alcoholafhankelijkheid, artrose en dementie (RIVM, 2003).

Een gezonde leefstijl is, naast andere factoren zoals biologische aanleg, een belangrijke oorzaak van bepaalde ziekten. Roken maar ook alcoholgebruik en overgewicht (ongezonde voeding en lichamelijke inactiviteit) dragen in belangrijke mate bij aan ongezondheid (zie tabel 1).

Tabel 1: Geschatte bijdrage van 7 leefstijlen aan jaarlijkse sterfte.



Bron: Nationaal Kompas volksgezondheid, 2005. RIVM Bilthoven.

Roken veroorzaakt 13% van de totale ziektelast. Dit komt met name doordat roken bijdraagt aan het ontstaan van zowel (long)kanker, chronische longziekten (COPD) als hart- en vaatziekten (coronaire hartziekten en beroerte).

Overgewicht en in het bijzonder *obesitas* (ernstig overgewicht) dragen bij aan chronische aandoeningen zoals *diabetes mellitus* type 2 (in de volksmond 'ouderdoms-suikerziekte' genoemd), hart- en vaatziekten, en verschillende vormen van kanker. Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven. Overgewicht wordt veroorzaakt door twee factoren: ongezonde voeding en een gebrek aan beweging.



Overmatig alcoholgebruik brengt ook ernstige gezondheidsrisico's met zich mee. De gezondheidsrisico's gelden in het bijzonder voor jongeren. Doordat hun hersenen nog in ontwikkeling zijn kunnen ze blijvende hersenschade oplopen bij fors alcoholgebruik. Bovendien brengt alcoholgebruik op jonge leeftijd een veel groter risico op verslaving op latere leeftijd met zich mee: een 14 jarige die regelmatig alcohol drinkt loopt een 4 keer grotere kans op alcoholisme dan iemand die na zijn 18<sup>e</sup> begon met drinken.

Verder vergroot overmatig alcoholgebruik onder jongeren de kans op vandalisme, geweld, seksueel risicogedrag en het krijgen van (verkeers)ongelukken. Bij 60% van de geweldsdelicten is alcohol in het spel. Bij jongeren is het sedatieve ('kalmerende', 'verdovende') effect van alcohol minder sterk, waardoor deze risicovolle effecten juist bij hun sterker op kunnen treden.

Oorzaken van overmatig alcoholgebruik zijn divers:

- beschikbaarheid van alcohol: uit onderzoek is gebleken 90-100% van de jongeren onder de 16 makkelijk aan alcohol kunnen komen.
- handhaving: door beperkte prioriteit en capaciteit is de "pakkans" klein.
- norm: alcohol hoort er bij, is gezellig. Dit is niet alleen onder jongeren: juist de ouders brengen dit over.
- opvoeding: ouders voelen zich vaak machteloos en het is niet vanzelfsprekend dat ouders hier grenzen stellen.
- versnippering: het feit dat het thema zoveel beleidsterreinen raakt brengt met zich mee dat versnippering dreigt.

Vanwege hun grote impact op de gezondheid zijn deze drie leefstijlen (roken, overgewicht (lichamelijke inactiviteit en voeding) en overmatig alcoholgebruik), in de landelijke preventienota "Kiezen voor gezond leven", benoemd als speerpunten voor het terugdringen van de ziektelast.

Daarbij zijn depressie en diabetes benoemd tot landelijk speerpunt omdat ook zij een substantiële bijdrage leveren aan de ziektelast.

Depressie staat op nr. 5 van de lijst met de hoogste ziektelast. Depressie is een veel voorkomende psychische stoornis die een grote impact heeft op het welbevinden van mensen en die een grote ziektelast veroorzaakt. In Nederland lijden ongeveer 750.000 mensen aan depressie. Jaarlijks komen er 350.000 nieuwe gevallen bij maar slechts 4.000 van hen krijgen hier ook daadwerkelijk hulp voor. Het voorkómen van depressie en het beter bereikbaar maken van de hulpverlening voor deze aandoening is een belangrijk doel bij dit vierde landelijk speerpunt.

Het laatste speerpunt dat gekozen is is diabetes (suikerziekte). Diabetes is een ziekte die in de top tien staat van de ziekten met de grootste ziektelast. Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor diabetes en preventie van overgewicht heeft daarom een gunstig effect op de preventie van diabetes. Voor het terugdringen van de ziektelast is het echter ook van belang dat diabetes zo snel mogelijk onderkend wordt (secundaire preventie door vroegsignalering). Eventuele nadelige gevolgen kunnen dan tijdig gestopt worden. Diabetes is bijvoorbeeld ook weer een risicofactor voor hart- en vaatziekten.

Samenvattend betekent bovenstaande dat er in de landelijke preventienota is gekozen voor de volgende vijf speerpunten:



- Roken
- Overgewicht
- Overmatig alcoholgebruik
- Depressie
- Diabetes

Inmiddels zijn er op landelijk niveau vier handleidingen ontwikkeld (voor roken, depressie, overgewicht en alcoholmisbruik) die de gemeente helpen om op lokaal niveau de speerpunten aan te pakken. De Inspectie Volksgezondheid gaat nadrukkelijk toetsen of bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid de landelijke prioriteiten voldoende worden gevolgd, maar ook of de uitvoering van het beleid effectief is.



## 5 De gezondheidssituatie in de gemeente Loon op Zand

In de eerste paragraaf vindt u de cijfermatige beschrijving van de gezondheidssituatie in de gemeente Loon op Zand. De "harde" gegevens zijn het resultaat van de Gezondheidsmonitor regio Hart voor Brabant. Met behulp van deze monitor verzamelt de GGD Hart voor Brabant cijfers voor haar 29 gemeenten. In bijlage 3 is een zeer uitgebreide beschrijving inclusief tabellen opgenomen.

De tweede paragraaf beschrijft de zogenaamde "zachte" gegevens. Dit zijn eigen ervaringen en inschattingen van een aantal vertegenwoordigers uit organisaties die op lokaal niveau direct of indirect betrokken zijn bij gezondheid. Deze gegevens zijn verzameld in een groepsdiscussie "Gezondheid telt ! in Loon op Zand" waarin een aantal gezondheidsbedreigingen en -problemen is besproken.

### 5.1 Gezondheidsmonitor

De Gezondheidsmonitor bestaat uit vier deelmonitors:

(tussen haakjes het jaartal waarin de monitor voor het laatst is uitgevoerd)

- kinderen (0 t/m 11 jaar) (2005)
- jongeren (12 t/m 18 jaar) (2003 en 2007 : nieuwe gegevens beschikbaar rond zomer 2008)
- volwassenen (19 t/m 64 jaar) (2005)
- ouderen (65 jaar en ouder) (2004)

Elk jaar wordt er één submonitor uitgevoerd.

Een samenvatting van de gegevens uit de monitors en van gegevens uit landelijke bronnen, is als lokaal gezondheidsprofiel van de gemeente opgenomen in het boekje dat eind 2006 is verschenen onder de titel 'Gezondheid telt! in Loon op Zand ; kernboodschappen voor lokaal beleid'. De lokale cijfers worden hierin steeds vergeleken met regionale gegevens. De regio is de totale GGD-regio Hart voor Brabant. Voor een paar punten zijn ook landelijke cijfers beschikbaar, deze worden dan ook vergeleken met de lokale cijfers. Er wordt aangegeven of Loon op Zand gunstiger of ongunstiger scoort ten opzichte van de regionale en landelijke cijfers. Let wel: ook bij een gemiddelde score kan er wel degelijk een probleem zijn dat nadrukkelijke aandacht verdient (dit is dan in de regio ook zo!). De gegevens zijn ook digitaal beschikbaar (uitgebreider dan in het boekje 'Gezondheid telt! In Loon op Zand') op [www.gezondheidsatlas.nl](http://www.gezondheidsatlas.nl).

### Sterfte

Uit onderstaande cijfers blijkt dat de totale sterfte in Loon op Zand hoger is (94,3/10.000 inwoners) dan in de regio (89,7/10.000 inwoners) en in Nederland (86,8/10.000 inwoners). Verder is te zien dat de sterfte aan hart- en vaatziekten (32,8/10.000 inwoners) aanzienlijk hoger is dan regionaal (30,1/10.000) en landelijk (28,9/10.000 inwoners). Ook voor kanker scoort de gemeente met 25,1/10.000 inwoners ongunstiger dan regionaal en landelijk (resp. 24,0 en 23,6).

Aantal overledenen per 10.000 inwoners per jaar<sup>1</sup>



	Nederland	Regio HvB	Loon op Zand
Kanker	23,6	24,0	25,1
Sterfte hart- en vaatziekten	28,9	30,1*	32,8
Totaal	86,8	89,7*	94,3

<sup>1</sup> gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht

\* beduidend afwijkend van het Nederlandse cijfer

### Lichamelijke gezondheid

Bij de ouderen in de regio ervaart gemiddeld 28% hun gezondheid als matig tot slecht. In Loon op Zand ligt dit percentage nog hoger, namelijk 32%. Veel ouderen (regio 69%, Loon op Zand 71%) geven aan een chronische ziekte of handicap te hebben. Ruim drie op de tien ouderen worden door hun lichamelijke gezondheid beperkt in hun dagelijkse bezigheden. In Loon op Zand zijn dit zelfs vier op de tien ouderen.

Bij de jongeren in Loon op Zand ervaart 16% de lichamelijke gezondheid als niet goed (in de regio is dit percentage identiek). Net als bij de volwassenen heeft bijna vier op de tien jongeren één of meer chronische ziekten. Ook deze getallen zijn allebei vergelijkbaar met de regio.

### Depressie

#### Algemeen

Het speerpunt depressie wordt in de gezondheidsenquêtes van de GGD niet nagevraagd. Dit komt omdat depressie een medische diagnose is en er verwarring kan ontstaan als hier in een zelfrapportage naar gevraagd wordt. Mensen met depressieve gevoelens zouden kunnen rapporteren dat zij een depressie hebben terwijl dit strikt medisch genomen niet zo is. Daarom wordt gevraagd naar de ervaren psychische gezondheid en gevoelens van eenzaamheid. Beiden hebben wel een relatie tot depressie.

#### Psychische gezondheid

De psychische gezondheid wordt door 15% van de volwassenen in Hart voor Brabant als slecht ervaren. Ook Loon op Zand scoort rond dit percentage (14%). Er is geen duidelijk verband tussen psychische gezondheid en leeftijd. Wel voelen vrouwen zich vaker psychisch ongezond dan mannen. Ook volwassenen die grote moeite hebben met rondkomen en arbeidsongeschikten voelen zich vaker psychisch ongezond. Bij 65-plussers in de regio vindt 20% dat de psychische gezondheid slecht is. In Loon op Zand steken de ouderen hier opnieuw ongunstig tegen af met een score van 25%.

Van de jongeren van 12-17 jaar in zowel de regio Hart voor Brabant als Loon op Zand beoordeelt 12% de geestelijke gezondheid als slecht.



## Eenzaamheid

In 2004 is het percentage eenzame ouderen in de totale regio Hart voor Brabant gemiddeld 48%. Loon op Zand is vergelijkbaar met een percentage van 49%. Voor volwassenen ligt dit percentage zowel in de regio als voor Loon op Zand op 38%.

## Leefstijl en gedrag

### Overgewicht

In de regio Hart voor Brabant is het percentage volwassenen met overgewicht gestegen van 37% in 1995 tot 44% in 2001 en 46% in 2005. Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) is in diezelfde periode gestegen van 6 tot 11%. Van de 65-plussers in de regio heeft 58% overgewicht, bij 13% is sprake van ernstig overgewicht. De percentages en de stijgende trend zijn vergelijkbaar met de landelijke cijfers en trends. Loon op Zand volgt deze trend.

Bij kinderen (2-11 jaar) en jongeren (12-17 jaar) komt overgewicht ook steeds meer voor. In de regio Hart voor Brabant is 1 op de 10 kinderen en jongeren te dik. Bij 2% van zowel de kinderen als de jongeren komt ernstig overgewicht voor. In Loon op Zand is dit 2% van de kinderen en 1% van de jongeren.

### Bewegen

In de regio Hart voor Brabant blijkt 41% van de volwassenen en de 65-plussers niet te voldoen aan de Norm Gezond Bewegen (minimaal vijf dagen per week een half uur matig intensieve lichamelijke activiteiten). Loon op Zand scoort zelfs nog iets ongunstiger, 42% van de volwassenen en 46% van de ouderen beweegt onvoldoende.

Van de kinderen van 4-11 jaar in de regio sport 28% minder dan 1 keer per week buiten schooltijd, in Loon op Zand is dit iets gunstigere namelijk 26%. Bij de jongeren (12-17 jaar) in de regio sport 22% minder dan 1 keer per week. Hier steekt Loon op Zand juist iets minder gunstig af met een percentage van 25%.

### Roken

In de regio Hart voor Brabant is het percentage rokers gedaald van 34% in 2001 tot 29% in 2005. Ook in Loon op Zand is deze trend onder volwassenen te zien. Onder jongeren is roken wel problematisch. Onder de jeugd van 8-12 heeft 1% wel eens gerookt (ten opzichte van 0,7% in de regio). Bij de ondervraagde jongeren van 12-17 scoort Loon op Zand ten opzichte van de regio helemaal slechter; in Loon op Zand rookt 14% van de jongeren (ten opzichte van 8% in de regio). Ook is het aantal zware rokers (>20 sigaretten per dag) onder 12-plussers hoger dan in de regio (respectievelijk 10% ten opzichte van 8,5%).

### Alcohol

Veertien procent van de volwassenen in de regio Hart voor Brabant drinkt overmatig alcohol. In Loon op Zand ligt het overmatig alcoholgebruik door volwassenen iets onder het gemiddelde, namelijk 12%.



Ruim de helft (54%) van de 12-17 jarigen in de regio Hart voor Brabant heeft in de afgelopen vier weken alcohol gedronken; 40% van de jongeren tot 16 jaar en 83% van de 16- en 17-jarigen. In Loon op Zand gebruikt ook meer dan de helft van de jongeren alcohol (55%).

Zestien procent van de jongeren in de regio is een *binge drinker*. In Loon op Zand is het percentage binge-drinkers 17%. Dit wil zeggen dat hij/zij zes of meer glazen alcohol drinkt op één of meer van de weekenddagen. Binge drinken komt meer voor bij jongens (20%) dan bij meisjes (11%).

#### Drugs

Van de jongeren in de regio Hart voor Brabant geeft 5% van de ondervraagden aan recent (afgelopen vier weken) marihuana (wiet) of hasj gebruikt te hebben. In Loon op Zand is dit 4%. Gemiddeld in de regio heeft 5% ooit in zijn leven wel eens harddrugs gebruikt (lifetime gebruik), in Loon op zand 3%.

Voor een uitgebreide beschrijving van de gezondheidssituatie in Loon op Zand wordt verwezen naar bijlage 3.

## 5.2 Discussiegroep Gezondheid Telt! in Loon op Zand.

Op 13 september zijn verschillende organisaties uitgenodigd om mee te praten over het nieuw op te stellen lokaal gezondheidsbeleid. In bijlage 4 is een overzicht te zien van de partijen die zijn uitgenodigd en de partijen die aanwezig waren.

Het was de bedoeling om te bespreken of de landelijk gekozen speerpunten ook op gemeentelijk niveau herkend worden als belangrijke bedreigingen van de gezondheid. Er is gevraagd naar de eigen ervaringen van de aanwezigen. Ook zijn alle genodigden uitgenodigd om eventuele aanvullende punten (van henzelf of van hun collega's) schriftelijk te melden.

Op nadrukkelijk verzoek is door de aanwezigen één speerpunt aan toegevoegd, namelijk drugsgebruik. Dit is dus geen landelijk speerpunt omdat de bijdrage aan de ziektelast niet dezelfde omvang heeft als de overige speerpunten, maar door een aantal van de aanwezigen is geconstateerd dat het drugsgebruik in de gemeente toeneemt.

We behandelen hieronder, per speerpunt, de belangrijkste bevindingen van de aanwezigen.

#### Overgewicht.

Dit wordt inderdaad gezien als een tamelijk ernstig probleem. Overgewicht wordt gezien onder alle leeftijdsgroepen maar met name bij kinderen. Oorzaken die worden genoemd zijn:

- te weinig bewegen (niet op de fiets naar school, veel spelen met computers)
- ongezond eten (traktaties op school, tussendoortjes, niet ontbijten, ongezonde lunch) op scholen waar regels zijn gesteld (alleen nog fruit en gezond drinken) wordt opgemerkt dat hierop weerstand komt van ouders.

Ook het overgewicht bij ouderen (55+) neemt landelijk toe maar dit is door de ouderenbonden en fysiotherapeut nog niet geconstateerd. Wel zijn steeds meer klachten gerelateerd aan overgewicht. Voor ouderen wordt de oorzaak vooral gelegd bij te weinig bewegen en wordt de relatie gelegd met eenzaamheid; te weinig de deur uit en eenzaamheid zou aanzetten tot meer eten.



De aanwezigen stellen voor zich vooral te richten op de jongeren (en hun ouders). Ouders moeten zich bewuster worden van het ongezonde eetgedrag van hun kinderen.

Depressie en eenzaamheid.

Het maatschappelijk werk ziet eenzaamheid met name onder ouderen. Vaak hebben depressie en eenzaamheid de volgende oorzaken:

- geen werk meer hebben
- kinderen uit huis, geen contact meer met kinderen of nooit kinderen gehad
- partner overleden
- ontkerkelijking en verdwijnen van de buurtwinkels oftewel het wegvallen van een sociale structuur

In de groep kwamen nog twee andere, vaak vergeten groepen, naar voren: moeders met jonge kinderen en mensen met schulden.

Op de scholen wordt een toename geconstateerd van sociaal emotionele problemen bij kinderen, met name bij scheidingen en uithuisplaatsingen. Oorzaken van slecht psychisch welbevinden bij pubers zijn volgens de aanwezigen te weinig aandacht van ouders. Ook pesten werd genoemd als oorzaak. Als oplossing wordt geopperd om verschillende groepen mensen (jeugd, ouderen) weer bij elkaar te brengen door bepaalde woonvormen te kiezen, nieuwe sociale structuren op te zetten en buurtfeesten te stimuleren.

Diabetes

In de huisartsenpraktijk is de stijging van het aantal diabetespatiënten nog niet merkbaar maar de landelijke toename wordt wel gezien als zorgwekkend. Diabetes is aan te pakken door iets te doen aan overgewicht. De vroegsignalering wordt wel als nuttig gezien omdat hiermee complicaties voorkomen kunnen worden. Gesproken wordt over een preventieve screening van senioren en over informatie verstrekking aan risicogroepen die zich vervolgens zelf kunnen laten testen.

Roken

Op de basisscholen merkt men nog niet zo dat er veel gerookt wordt. De aanwezigen verwachten dat jongeren met name beginnen te roken op de middelbare school als gevolg van hoge groepsdruk en een lage weerbaarheid. Op de basisscholen is gezond gedrag een verplicht onderdeel in het onderwijscurriculum geworden. Een belangrijke insteek is het zelfstandig keuzes durven maken en af durven wijken van de groep.

Het vermoeden bestaat in de groep dat vrouwen niet snel stoppen met roken omdat ze bang zijn om aan te komen.

Onder de aanwezigen wordt aangegeven dat het goed zou zijn als de gemeente een duidelijk signaal geeft bijvoorbeeld door een rookverbod op te nemen in de subsidievoorwaarden. Dit geldt overigens ook voor het volgende speerpunt. Er is wel twijfel over de toepasbaarheid, het is niet helemaal duidelijk of je dan het probleem verplaatst.

Alcoholgebruik

Dit wordt ook in de gemeente gezien als problematisch. Problemen die naar voren komen bij dit speerpunt zijn het alcohol gebruik door jongeren (thuis indrinken, ongeoorloofd alcoholgebruik op





schoolfeesten), overlast na sluitingstijden van de horeca, en overmatig alcoholgebruik onder Polen, bijvoorbeeld op de bouw. Er zijn al wel wat regels aangaande alcoholgebruik zoals een verbod op alcoholgebruik op straat en de verkoop van alcohol aan jongeren onder de zestien jaar. De moeilijkheid zit hem in de controle en handhaving.

Toegevoegd speerpunt: drugsgebruik

Door een aantal aanwezigen wordt geconstateerd dat er met name in Kaatsheuvel veel (jonge) dealers rondlopen. Bij maatschappelijk werk bestaat de indruk dat dit probleem steeds groter wordt. Ouders durven vaak niet met het probleem van een drugsgebruikend kind naar buiten te treden, de drempel om hulp te zoeken is hoog.

Bij de huisartsen wordt gesignaleerd dat het cocaïnegebruik onder jongeren toeneemt.

Hulpverlening voor verslaafden begint bij 21+, verslaafde jongeren komen bij Jeugdzorg terecht maar die zijn niet echt ingesteld op die problematiek. Naar de mening van de aanwezigen moet er een oplossing komen voor dit probleem.

Aan de hand van een individuele puntentoekening per speerpunt is een gezamenlijke, door de groep gedragen prioritering van de speerpunten opgesteld. De prioriteit ligt als volgt:

- a. Depressie en eenzaamheid
- b. Drugsgebruik
- c. Overgewicht
- d. Alcoholgebruik
- e. Roken
- f. Diabetes



## 6 Prioriteiten

Uit de beschrijving van de lokale gezondheidssituatie kan, zowel op basis van de "harde" cijfers als de ervaringen uit het veld geconcludeerd worden dat de gezondheidssituatie in Loon op Zand niet wezenlijk afwijkt van de landelijke situatie. Het enige verschil is de toevoeging van het speerpunt drugsgebruik. Ook in de vastgestelde jeugdnota is dit punt naar voren gebracht met het verzoek hier in de nota lokaal gezondheidsbeleid verder beleid op te formuleren.

Wat opvalt is dat met name de 65-plussers uit de gemeente Loon op Zand op een aantal punten ongunstig afsteken ten opzichte van regionale en landelijke gemiddelden (functionele beperking, slecht ervaren psychische gezondheid, slecht ervaren gezondheid, lichamelijke inactiviteit).

Een andere, opvallend negatieve score is te vinden bij het rookgedrag onder jongeren (12-17 jaar). En als laatste valt op dat in de leeftijdsgroep van 0-11 jaar minder fruit en groenten eet dan in de regio. Voor de overige gegevens scoort de gemeente Loon op Zand gemiddeld en dit wil dus zeggen dat de gezondheidsbedreigingen en gezondheidsproblemen die de speerpunten zijn net zo ernstig zijn als landelijk en regionaal gesproken.

De gemeente kiest er voor om voor de komende vier jaar de landelijke speerpunten ook tot *lokale* speerpunten te maken. De gemeente wil vooral haar beleid richten op de senioren (depressie & eenzaamheid en diabetes) en jeugd en jongeren (roken, drugs, overgewicht en alcoholmisbruik). Ze zijn tot speerpunten gekozen omdat

- ze (ook in Loon op Zand) de grootste bijdrage leveren aan de ziektelast
- de maatschappelijke gevolgen ervan ingrijpend zijn
- de oorzaken (deels) beïnvloedbaar zijn
- er geschikte interventies zijn en
- de lokale overheid er iets aan kan doen

Het voordeel van de keuze voor landelijke speerpunten is ook dat er dan meegelift kan worden op landelijke acties. Verder zijn er (landelijk opgestelde) handleidingen beschikbaar hoe de speerpunten op gemeentelijk niveau aan te pakken.

Het is duidelijk dat, niet alleen bij de gemeente maar ook bij de samenwerkingspartners, de capaciteit en middelen ontoereikend zullen zijn om tegelijk op alle punten even intensief in te zetten. Er zullen keuzes gemaakt moeten worden voor wat betreft de inzet op de verschillende speerpunten en daarmee de uiteindelijke acties. Op enkele thema's zal de gemeente "vol" inzetten, op andere speerpunten zal de gemeente hoofdzakelijk de regionale of landelijke ontwikkelingen volgen.

De prioritering zoals die is opgesteld in de groepsdiscussie met de samenwerkingspartners zal grotendeels leidend zijn in de inzet en uitwerking van de speerpunten. In het volgende hoofdstuk wordt een en ander verder geconcretiseerd.



## 7 Van ambities naar plan van aanpak

Hieronder worden (globaal) de acties weergegeven, per speerpunt. Het is de bedoeling om per speerpunt de relevante samenwerkingspartners uit "het veld" te betrekken. De gemeente neemt het initiatief tot het bijeenroepen van de deelnemers en bewaakt de voortgang.

### 7.1 Doelgroep senioren

De senioren scoren op een aantal punten slechter dan de senioren in de regio. De gemeente wil aan deze groep inwoners extra aandacht besteden. De gemeente zet voor deze doelgroep in op onderstaande twee speerpunten. In de schema's per speerpunt (zie hierna) staan de samenwerkingspartners genoemd.

#### Depressie en eenzaamheid

In 2007 is de gemeente al gestart met het balanstraject eenzaamheid. In dit traject is de gemeente samen met een groot aantal partners uit het veld begonnen met het in kaart brengen van het huidige aanbod met betrekking tot eenzaamheid en depressie en met het gewenste aanbod. Dit overzicht biedt een basis voor het opstellen van een activiteitenplan voor de komende jaren. Dit activiteitenplan wordt in de eerste helft van 2008 verwacht.

Als eerste zal in 2008 het huidig zorgaanbod worden gecommuniceerd naar de verwijzers en het WMO-loket zodat mensen met een (beginnende) depressie makkelijker doorverwezen kunnen worden. Verder zal begonnen worden met de uitvoering van het activiteitenplan. De activiteiten zijn onder andere gericht op vroegsignalering, beweging, activerende huisbezoeken en dergelijke. De uitvoering zal doorlopen tot in 2011.

#### Diabetes

In 2009 start de gemeente met een inventarisatie van de mogelijkheden en kosten voor uitbreiding van de vroegsignalering (screening) van risicogroepen voor diabetes (met name de senioren en mensen met een lage sociaal economische status (met overgewicht)). Te denken valt hierbij aan het bespreken met huisartsen en verpleeghuisartsen van omvang van risicogroepen, preventief testen van risicogevallen, het geven van voorlichting aan risicogroepen over leefstijl (voeding, beweging en roken) in relatie tot diabetes en het plaatsen van oproepen in de lokale media om je te laten testen als je bij de risicogroepen behoort. Afhankelijk van de uitkomsten van deze inventarisatie worden in de restlooptijd van deze nota concrete activiteiten uitgevoerd.



## Depressie en eenzaamheid

<i>Probleem: <b>depressie en eenzaamheid</b></i>
In Loon op Zand geven met name de 65-plussers aan dat ze zich psychisch niet wel bevinden (25%) of eenzaam zijn (49%). Dit kunnen voorbodes zijn van een depressie.
<i>Ambitie</i>
- De gemeente wil dat meer mensen met een (beginnende) depressie hiervoor geschikte hulp krijgen. - De gemeente wil dat het aantal 65-plussers dat zich eenzaam voelt afneemt.
<i>Doelgroep</i>
65-plussers, met name diegene die vallen onder de risicogroepen: mensen met een lagere sociaal economische status, met functionele beperkingen, chronisch zieken en alleenstaanden.
<i>Aanpak</i>
De handleiding depressiepreventie van het Trimbosinstituut biedt concrete handvatten voor het verder opstellen van het activiteitenplan in samenspraak met partners.
<b>2008</b>
- In 2007 is het balanstraject eenzaamheid gestart. De gemeente heeft de GGD nadrukkelijk verzocht het in kaart brengen van de huidige en gewenste situatie niet alleen te beperken tot eenzaamheid maar ook depressie hierin mee te nemen. De eindresultaten zijn in de eerste helft van 2008 beschikbaar. Output van dit balanstraject zijn een overzicht van huidig (zorg)aanbod en een concreet activiteitenplan voor 2009-2011. Het huidig zorgaanbod wordt gecommuniceerd aan verwijzers / signaleerders en het WMO-loket.
<b>2009-2011</b>
- Uitvoering activiteitenplan (onder andere activiteiten gericht op vroegsignalering, beweging, activerende huisbezoeken e.d.)
<i>Partners</i>
GGZ MB, GGD Hart voor Brabant, Huisartsen, Maatschappelijk werk, Thuiszorg, Welzijnswerk, Eerstelijns psychologen, Steunpunt Mantelzorg, Wijkmeesters, Ouderenbond, Verzorgingshuizen, Ouderenadviseurs



**Diabetes**

<i>Probleem: <b>diabetes</b></i>
Met name als gevolg van het toenemend overgewicht krijgen steeds meer mensen diabetes. Diabetes kan, als dit niet goed behandeld wordt onnodige complicaties opleveren (hart- en vaatziekten, blindheid en nierziekten). Lang niet alle mensen met diabetes weten dat ze het hebben.
<i>Ambitie</i>
Verdere voorkoming van diabetes door aanpak van overgewicht, met name bij jongeren. (zie speerpunt overgewicht bij jongeren). Voorkoming complicaties door uitbreiding vroegsignalering voor risicogroepen (mensen met overgewicht, senioren, zwangere vrouwen, mensen met een laag sociaal economische status)
<i>Doelgroep</i>
Jongeren (via aanpak overgewicht) Risicogroepen (senioren, mensen met een lage sociaal economische status (met overgewicht)
<i>Aanpak</i>
2009 - inventarisatie mogelijkheden en kosten voor uitbreiding screening. 2010-2011 - uitbreiden screening voor belangrijkste risicogroepen (afhankelijk van uitkomsten inventarisatie).
<i>Partners</i>
Huisartsen, Verpleeghuisartsen, GGD Hart voor Brabant, Praktijkondersteuners, Apotheken, Thebe



## 7.2 Doelgroep jeugd en jongeren

### Gezonde en Veilige School

Veel interventies zijn gericht op kinderen en jongeren. De scholen zijn, vanuit de interventies gezien, de ideale plekken om deze doelgroep te bereiken. Maar collectieve preventie op scholen bestaat vaak uit losse activiteiten en projecten die niet zijn ingebed in het beleid van de school. Scholen voelen zich overspoeld met lespakketten en mailings. De gemeente heeft daarom in de lokale accenten capaciteit bij de GGD Hart voor Brabant gereserveerd om in 2008 te starten met het traject Gezonde en Veilige School. Dit is een manier om planmatig, op schoolniveau en vraaggestuurd, de prioriteiten voor gezondheid en veiligheid te bepalen, in samenhang met het totale schoolbeleid. Globaal worden de volgende stappen doorlopen:

1. opstellen schoolprofiel (wat is de huidige situatie op de school, wat speelt er, wat gebeurt er al)
2. prioriteiten bepalen met team en ouderparticipatie
3. opstellen activiteitenplan met interventies per speerpunt
4. uitvoering en evaluatie (3jaar)

De gemeente hecht er waarde aan dat binnen dit traject de lokale speerpunten aandacht krijgen. De onderstaande speerpunten zullen voor een belangrijk deel worden ingevuld in het traject Gezonde en veilige School. En zo heeft het traject Gezonde en Veilige School een sterke relatie met de uitvoering van het beleid op de gekozen speerpunten. In principe bepaalt elke school de eigen prioriteiten.

### Middelbaar onderwijs

Voor wat betreft de middelbare schooljeugd ligt het benaderen van de doelgroep iets ingewikkelder. Er is in de gemeente Loon op Zand alleen een VMBO school. Veel jongeren gaan naar school in de regio (met name in Tilburg en Waalwijk). Om deze doelgroep te bereiken zal regionale samenwerking gezocht moeten worden. De gemeente Loon op Zand zoekt hierin de afstemming met de regiogemeenten. Daarnaast worden andere wegen ingeslagen om de jongeren te benaderen (zoals via het jongerenwerk, sportclubs of horeca).

In de onderstaande uitwerking van de speerpunten worden bovenstaande opmerkingen zoveel mogelijk meegenomen.

### Drugs

Dit probleem is naar voren gebracht tijdens de discussiegroep. Met name in Kaatsheuvel zouden er (jonge) drugsdealers zijn en zou het drugsgebruik onder jongeren zijn toegenomen. Er kwam ook naar voren dat ouders van een drugsgebruikend kind het erg moeilijk vinden om hiermee naar buiten te komen en hulp te zoeken.

De gemeente vindt het belangrijk om dit probleem, samen met de partners, scherper in beeld te krijgen. Er is bijvoorbeeld meer inzicht nodig over welke drugs gebruikt worden, hoe groot de groep is, waar de groep samenkomt, hoe de groep te benaderen is en hoeveel overlast de omgeving ervaart. De gemeente wil in 2008 aan samenwerkingspartners vragen een



onderzoeksplan op te stellen. In 2009 moet dit onderzoek starten en moet er op basis van de verbeterde inzichten een plan van aanpak opgesteld worden. In 2010 wordt hiermee gestart. In de tussentijd wordt de preventie van drugsgebruik meegenomen in het traject Gezonde en Veilige School. De gemeente zal bij de scholen vragen om dit onderwerp prioriteit te geven. Een mogelijke geschikte interventie is Gezonde school en genotmiddelen. Hierin worden zowel drugs als roken en alcoholgebruik belicht (zie ook de speerpunten hieronder). Binnen dit kader moeten ook ouderavonden gegeven worden en moet het hulpaanbod voor ouders bekend gemaakt worden.

<i>Probleem: drugs</i>
<p>Dit speerpunt is als belangrijk punt naar voren gekomen uit de discussiegroep met de lokale samenwerkingspartners. Die constateren een toename van het aantal jongeren dat drugs gebruikt. Ook werd aangegeven dat ouders van jongeren die drugs gebruiken dit probleem niet goed bespreekbaar durven te maken en geen hulp zoeken.</p> <p>Ook in de jeugdnota is verzocht op dit punt beleid te maken binnen het kader van lokaal gezondheidsbeleid. Er is (nog) geen cijfermatige onderbouwing voor de waarneming dat dit probleem, met name in Kaatsheuvel, zou toenemen.</p>
<i>Ambitie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inzicht in de omvang en inhoud van het probleem</li> <li>- Vermindering van aantal jongeren dat drugs gebruikt</li> <li>- Ouders durven het probleem aan te kaarten en hulp te zoeken.</li> </ul>
<i>Doelgroep</i>
Jongeren met hun ouders.
<i>Aanpak</i>
<p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Start Traject Gezonde en Veilige School</li> <li>- Opdracht tot onderzoek naar omvang van probleem, doelgroepen, en mogelijke aanpak</li> <li>- opstellen plan van aanpak 2009-2011</li> </ul> <p>2009-2011</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uitvoering onderzoek naar drugsproblematiek en opstellen activiteitenplan</li> <li>- uitvoering activiteiten</li> </ul>
<i>Partners</i>
Onderwijs, Jongerenwerk, Novadic-Kentron, GGD Hart voor Brabant, Maatschappelijk werk, K2, Politie, Horeca

#### Roken

Om er voor te zorgen dat er zo min mogelijk kinderen gaan roken worden er op scholen binnen het traject Gezonde en Veilige School preventieve activiteiten uitgevoerd. In welk jaar dit start hangt af van de prioritering op de deelnemende scholen.

Op 1 juli wordt de horeca rookvrij. Landelijk worden door Stivoro verschillende campagnes en acties ingezet om mensen te bewegen te stoppen met roken. Deze actie gaat ook lopen in de gemeente Loon op Zand. Hoe de actie er exact uit gaat zien is op dit moment niet bekend.



Verder zorgt de gemeente voor een naleving van de Tabakswet. In 2009 en verder gaat de gemeente onderzoeken of de minimale interventie strategie breder kan worden ingezet. Dit is een interventie die uitgevoerd wordt door hulpverleners in de gezondheidszorg, onder andere huisartsen en verloskundigen. Zij stimuleren en ondersteunen patiënten die stoppen met roken.

<b>Probleem: Roken</b>
Roken veroorzaakt nog steeds het overgrote gedeelte van de ziektelast door de directe link met hart- en vaatziekten, kanker en chronische longziekten. Binnen Loon op Zand is met name het rookgedrag onder 12-17 jarigen zorgelijk (14% t.o.v. 8% in de regio).
<b>Ambitie</b>
Het aantal rokers (per leeftijdsgroep) overstijgt het landelijk gemiddelde niet Steeds meer volwassenen stoppen met roken (met name diabeten en zwangere vrouwen)
<b>Doelgroep</b>
Met name 12-17 jarigen, diabeten en zwangere vrouwen
<b>Aanpak</b>
2008 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Start traject Gezonde en Veilige School</li> <li>- Navolging en handhaving tabakswet</li> <li>- aansluiten bij landelijk actie van Stivoro rondom rookvrije horeca op 1 juli 2008</li> </ul> 2009-2011 <ul style="list-style-type: none"> <li>- onderzoek naar inzet minimale interventiestrategie (M.I.S.) bij verloskundigen en huisartsen</li> <li>- invoering M.I.S. bij huisartsen en verloskundigen</li> </ul>
<b>Partners</b>
Huisartsen, Verloskundigen, GGD Hart voor Brabant, Onderwijs, Horeca, Thebe

### Alcohol

De preventie van alcoholmisbruik kan al op jeugdige leeftijd (groep 7-8) worden aangepakt. Er zijn meerdere mogelijkheden (ouderavonden "Opvoeden en alcohol", voorlichting door JGZ arts tijdens periodiek onderzoek en het project Gezonde School en Genotmiddelen). Wat hier wordt gekozen is afhankelijk van de uitkomsten van het al eerder genoemde traject Gezonde en Veilige school.

Verder is er vanuit het ROM een subsidieaanvraag naar de provincie verstuurd voor het opstellen van een regionaal plan van aanpak. De GGD en Novadic-Kentron hebben op dit gebied de samenwerking al opgezocht en zullen dit plan in overleg met de regiogemeenten verder gaan invullen. Het plan richt zich met name op alcoholmisbruik door jongeren onder de 16 jaar. Dit plan zet in op drie pijlers:

1. educatie en draagvlak (waaronder voorlichting, ouderavonden, algemene normsetting)
2. regelgeving en naleving (regionale afspraken over leeftijdsgrenzen, keetbeleid, sluitingstijden etc.)
3. handhaving (aanpak alcoholgebruik in openbare ruimte, controles van leeftijdsgrenzen etc.)

Het plan is in ontwikkeling en voor de zomer van 2008 wordt de definitieve versie verwacht. Hoewel het een regionaal plan is, zullen er ook op lokaal niveau activiteiten moeten worden uitgevoerd (voorlichtingsactiviteiten, afstemming met horeca en sportkantines, uitvoeren van controles etc.). Op lokaal niveau speelt het alcoholbeleid zich daadwerkelijk af en wordt het





zichtbaar bij de burgers. Lokaal vindt de inkleuring plaats van het regionaal project. In andere regio's waar soortgelijke projecten al lopen wordt op gemeente niveau een netwerk opgericht van samenwerkingspartners. Waarschijnlijk zal eenzelfde aanpak in de regio Midden Brabant nuttig zijn. De gemeente neemt daarom in deze planning de oprichting van een lokale werkgroep "Preventie Alcoholmisbruik" mee voor de 2<sup>e</sup> helft van 2008. Deze werkgroep gaat een nader activiteitenplan opstellen voor de lokale inzet op de drie pijlers, dit overstijgt de inzet op de basisscholen maar moet hier wel goed op worden afgestemd. De aanpak van alcoholmisbruik is bij uitstek geschikt om integraal op te pakken (met veiligheid, volksgezondheid, politie, horeca en anderen).

<i>Probleem: Alcohol</i>
Jongeren drinken steeds vroeger, vaker en meer alcohol.
<i>Ambitie</i>
Geen alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar Geen overmatig alcoholgebruik (voor jongeren) boven de 16 jaar Bewustzijn bij ouders over eigen risico's en eigen rol
<i>Doelgroep</i>
De gemeente Loon op Zand zet met name in op de doelgroep jongeren van 16- en hun ouders.
<i>Aanpak</i>
De gemeente Loon op Zand sluit zich aan bij de regionale ontwikkelingen op dit vlak. In 2008 wordt een lokale werkgroep opgericht die de regionale initiatieven vertaalt naar een lokale aanpak. De concrete activiteiten zijn nog in ontwikkeling. 2008 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aansluiting op plan van aanpak (regionaal)</li> <li>- opstarten werkgroep op lokaal niveau</li> <li>- Start Traject Gezonde en Veilige school</li> </ul> 2009-2011 <ul style="list-style-type: none"> <li>- uitvoering activiteiten uit regionaal plan van aanpak.</li> </ul>
<i>Partners</i>
Novadic-Kentron, GGZ MB, GGD Hart voor Brabant, Onderwijs, Jongerenwerk, Sportclubs, Horeca, Politie, Ruimtelijke ordening en veiligheid

#### Overgewicht

De gemeente heeft er voor gekozen dit speerpunt met name op te pakken voor de jeugd en dan met name binnen de setting van het basisonderwijs. Ook dit speerpunt zal aan de orde komen in het traject Gezonde en Veilige School. De planning van de activiteiten is afhankelijk van de prioriteiten die de betreffende school geeft aan dit speerpunt.

**LET OP: dit kun je opnemen als het ook zo is... Verder stimuleert de gemeente sportdeelname onder (doelgroep)**

**Zorgt voor veilige fietspaden met voorrang ?**

**Richt de openbare ruimte in met voldoende speelruimten voor kinderen en jongeren (speeltuinen, trapveldjes, etc.) ?????????**



<b>Probleem: Overgewicht</b>
De toename van overgewicht is zorgwekkend, met name onder jongeren.
<b>Ambitie</b>
Percentage overgewicht bij jonge kinderen (2-11 jaar) op huidige peil houden. Meer schoolgaande kinderen eten gezond en bewegen voldoende
<b>Doelgroep</b>
Kinderen in de basisschoolleeftijd en jongeren en hun ouders.
<b>Aanpak</b>
Voor het effectief aanpakken van overgewicht is het van belang om activiteiten op beide gebieden (voeding en bewegen) te ontwikkelen. Er bestaat een landelijke handleiding voor de aanpak van dit probleem op lokaal niveau, de mogelijkheden zijn ruim en zeer divers. Samenhang komt tot stand doordat de effecten van interventies elkaar versterken. Het speerpunt overgewicht is bij uitstek een thema om integraal aan te pakken. Zo kan het effect van lespakketten op het gebied van bewegen & voeding toenemen wanneer de schoolomgeving verkeersveiliger wordt en er in de kantine (en automaten) meer energiearme voedingsmiddelen worden aangeboden. Een breed, samenhangend pakket dat de leefomgeving gunstig beïnvloedt, levert de meeste effecten op, zo hebben recente ervaringen uitgewezen. De handleiding overgewicht van het Voedingscentrum biedt concrete handvatten voor het verder opstellen van het activiteitenplan in samenspraak met partners.
2008
- Start traject Gezonde en Veilige School
2009-2011
- uitvoering plan van aanpak met hierin aandacht voor voeding: voorlichting over voeding, schoolbeleid over voeding/tussendoortjes/traktaties, vestigingsregels snackbars, stimuleren gezond voedingsbeleid op peuterspeelzalen, kinderopvang.
- uitvoering plan van aanpak met hierin aandacht voor beweging: sportstimulering, gymlessen op school, veilige fietspaden tbv fietsen naar school.
<b>Partners</b>
Onderwijs, huisartsen, Thebe JGZ, GGD Hart voor Brabant, Kinderopvang, buitenschoolsopvang, opvoedingsondersteuning, Zorgaanbieders, Ruimtelijke ordening



Schematisch samengevat:

<b>Lokaal gezondheidsbeleid</b>				
<b>Wat willen we bereiken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behoud of verbetering van de volksgezondheid</li> <li>• Bestrijden van vermijdbare gezondheidsrisico's door het bevorderen van een gezonde leefwijze</li> </ul>			
<b>Beleidskeuzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrale aanpak</li> <li>• Nauwe samenwerking met partners</li> <li>• Gemeente voert regie</li> <li>• Doelgroepen jeugd en senioren</li> </ul>			
<b>Wat gaan we daarvoor doen?</b>	<p>2008</p> <p>Aanpak landelijke speerpunten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Roken</li> <li>• Overgewicht</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Depressie en eenzaamheid</li> </ul> <p>Financiering GGD voor uitvoering overige WCPV taken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infectieziekte bestrijding</li> <li>• Jeugdgezondheidszorg (4-19 jaar)</li> <li>• Medische milieukundige zorg</li> </ul> <p>2009 en verder</p> <p>Onderzoek naar vroegsignalering diabetes en uitbreiding minimale interventiestrategie</p> <p>Uitvoering actieplannen</p>			
<b>Concreet</b>	<p>2008</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Start traject gezonde en veilige school op alle scholen (11)</li> <li>• Aansluiten bij regionaal plan preventie alcoholmisbruik, opstellen plan van aanpak</li> <li>• Aansluiten bij landelijke acties preventie roken</li> <li>• Start activiteitenplan balanstraject eenzaamheid senioren</li> <li>• Opdrachtverstrekking tot onderzoek naar drugsproblematiek binnen gemeente</li> </ul> <p>2009 en verder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traject gezonde en veilige scholen (vervolg)</li> <li>• Verdere uitvoering activiteitenplan uit balanstraject eenzaamheid</li> <li>• Inventarisatie van uitbreidingsmogelijkheden vroegsignalering diabetes</li> <li>• Uitvoering onderzoek naar drugsproblematiek, opstellen plan van aanpak</li> <li>• Uitvoering onderzoek naar inzet minimale interventie strategie bij huisartsen en verloskundigen</li> <li>• Uitvoering regionale activiteiten preventieplan alcoholmisbruik</li> </ul>			
<b>Wat mag het kosten?</b>	2008	2009	2010	2011
Uitvoering WCPV taken door GGD	22.869 inwoners X tarief 13,40 (incl. Lokaal accenten)	Afhankelijk van de begroting	Afhankelijk van de begroting	Afhankelijk van de begroting
Gezonde en veilige school, 11 scholen, 100 uur per jaar Lokaal accenten	100 uur = +/- 10.000,=	100 uur = +/- 10.000,=10.000	100 uur = +/- 10.000,=	100 uur = +/- 10.000,=

Alcoholmisbruik (vanuit regio)	19 uur procesbegeleiding = 2000,=	Afhankelijk van plan van aanpak	Afhankelijk van plan van aanpak	Afhankelijk van plan van aanpak
Roken	0,=	Onderzoek minimale interventiestrategie	Afhankelijk van plan van aanpak	Afhankelijk van plan van aanpak
Eenzaamheid	afronding balanstraject 70 uur = 6.700,= Bekendmaking aanbod aan verwijzers en WMO-loket	Uitvoering activiteitenplan. Kosten zijn afhankelijk van plan van aanpak	Uitvoering activiteitenplan. Kosten zijn afhankelijk van plan van aanpak	Uitvoering activiteitenplan. Kosten zijn afhankelijk van plan van aanpak
Drugsproblematiek	0,=	Onderzoekskosten, hoogte van de kosten nader te bepalen	Afhankelijk van plan van aanpak	Afhankelijk van plan van aanpak
Diabetes	0,=	Onderzoekskosten vroegsignalering, hoogte van de kosten nader te bepalen.	Afhankelijk van plan van aanpak	Afhankelijk van plan van aanpak

## 8 Monitoring en evaluatie

Het is nuttig om gepleegde inzet in tijd, mensen en middelen te evalueren op effectiviteit.

Informatie, verkregen uit evaluaties kan belangrijke sturingsinformatie zijn.

Het lastige bij het evalueren van een nota lokaal gezondheidsbeleid is dat het hier preventief gezondheidsbeleid betreft. Het ultieme doel van preventief gezondheidsbeleid is namelijk dat inwoners gezond *blijven*, er is nog geen ziekte aanwezig. Hiervoor is het van belang dat ze zich zo gezond mogelijk gedragen. Dat moet bereikt worden met gedragsinterventies.

Maar voor wat betreft gedragsinterventies is het bijzonder lastig deze op directe effecten te evalueren. Het blijft namelijk altijd de vraag of het effect ook opgetreden zou zijn als de activiteit niet was uitgevoerd. En als er een effect is geconstateerd is dit bijna nooit eenduidig terug te leiden naar de uitgevoerde activiteit. Een gemeente is namelijk geen gesloten systeem en behalve de invloed van een uitgevoerde activiteit zijn er nog heel veel andere ontwikkelingen die van invloed zijn op een bepaald gezondheidsgedrag.

Het is daarom voor een succesvol preventief lokaal gezondheidsbeleid van belang om:

- In zetten op meerdere fronten
- zo goed mogelijk interventies in te zetten die al wèl zijn geëvalueerd. (evidence based)

Evidence based interventies zijn gebaseerd op een theorie (bijvoorbeeld: als je minder snoept wordt je minder dik, of: als er minder alcohol verkrijgbaar is wordt er minder gedronken).

Als je die interventies uitvoert mag je ervan uitgaan dat dit bijdraagt aan de aanpak van een bepaald gezondheidsprobleem. Het effect zelf (minder dikke mensen of minder drinkende mensen) hangt zoals gezegd van veel meer zaken af.

Wat kan er wèl gemeten worden.

Bij het inzetten van evidence based interventies kan vrij direct worden geëvalueerd of de interventie goed is uitgevoerd (juiste setting, juiste betrokken partijen, capabele voorlichter, goede materialen), hoeveel mensen er zijn bereikt met de interventie, en of die mensen er iets van hebben opgestoken. Ook is te meten: hoeveel er van een bepaald product is verkocht, of er minder overlast is en hoeveel mensen gebruik hebben gemaakt van een bepaald hulpverleningsaanbod. Al die dingen *samen* kunnen iets zeggen over de mogelijkheid dat de inwoners van de gemeente gezonder worden.

In de monitoren die de GGD vierjaarlijks uitvoert zijn trends te zien. Deze kunnen helpen bij het definiëren van een probleem en het prioriteren. Ze zijn echter niet geschikt om op activiteitsniveau te evalueren.

Wat van belang is bij de uitwerking van het plan van aanpak is om per thema met bovenstaande in het achterhoofd te bepalen op welke wijze de inzet van tijd, geld en middelen geëvalueerd dient te worden zo dat er een antwoord komt op de vraag: was deze activiteit zinvol of moet er worden bijgestuurd.

## Bijlage 1 Wet Maatschappelijke Opvang (WMO)

Het maatschappelijke doel van de Wmo is: meedoen. Meedoen van álle burgers aan álle facetten van de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Dat is de onderlinge betrokkenheid tussen mensen. En als dat niet kan, is er ondersteuning vanuit de gemeente. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen. Voor mensen die langdurige, zware zorg nodig hebben is en blijft er de AWBZ.

De Wmo is een nieuwe wet, waarin de volgende bestaande wetten gebundeld zijn: Welzijnswet

- Wet voorzieningen gehandicapten (WVG)
- Aantal subsidieregelingen uit de AWBZ (o.a. mantelondersteuning, diensten bij wonen met zorg)
- De Huishoudelijke Verzorging uit de AWBZ
- De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

De WVG en de Welzijnswet vielen al onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Door de invoering van de WMO is daar een deel van de AWBZ en de OGGZ bijgekomen. De grootste verandering is de bundeling van de wetten en de verandering in de sturingsfilosofie. Door een bundeling van de wetten is integraal beleid mogelijk. Dit betekent dat gemeenten alle diensten goed op elkaar moeten afstemmen. De verandering in de sturingsfilosofie houdt in dat gemeenten verantwoording afleggen aan hun eigen inwoners in plaats van aan het rijk. Het is dus belangrijk dat gemeenten alle partijen goed betrekken bij het ontwikkelen van het beleid. Met ingang van de Wet maatschappelijke ondersteuning is er meer samenhang in de ondersteuning voor de burger gekomen. Zo kan iedereen bij één loket terecht met vragen over ondersteuning. Bovendien betreft de gemeente de burgers bij het ontwikkelen van het gemeentelijke WMO-beleid. Dat maakt ondersteuning op maat mogelijk. Hoewel de gemeenten nu verantwoording moeten afleggen aan de eigen inwoners, zijn er wel een aantal kaders opgesteld waar de gemeente beleid op moet formuleren. Deze kaders worden de prestatievelden genoemd. De WMO bepaalt dat gemeenten hun beleid op deze prestatievelden moet vastleggen in een beleidsplan. Dit plan stelt de gemeente één keer in de vier jaar op. Er zijn negen prestatievelden:

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en 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 van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;



6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met 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.



## Bijlage 2 Overige relevante wetgeving op het gebied van de volksgezondheid

De verantwoordelijkheid van de gemeente voor de volksgezondheid is vastgelegd in een groot aantal wetten. In het navolgende overzicht zijn deze onderverdeeld in drie categorieën: wetten die bevoegdheid geven, wetten die verplichten en wetten die van invloed zijn op de kwaliteit.

### 1. Wetten die bevoegdheid geven

#### Grondwet

In artikel 22 van de Grondwet staat beschreven dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de gezondheid.

#### Gemeentewet

Artikel 149 van de Gemeentewet geeft de gemeenteraad de bevoegdheid om verordeningen op te stellen in het belang van de gemeente.

#### Tijdelijk besluit kwaliteitsregels van de kinderopvang

Met dit besluit wordt de gemeentelijke verantwoordelijkheid geregeld voor de hygiëne en veiligheid van de kindercentra binnen de gemeentegrenzen. Het besluit bevat minimale kwaliteitsregels die in gemeentelijk beleid vertaald moeten worden. Het besluit is geldig totdat de Wet Basisvoorziening Kinderopvang van kracht is.

#### Wet op de openlucht recreatie, het Besluit hygiëne gezondheid en veiligheid kampeerterreinen, het Waterleidingbesluit

Deze regelgeving verplicht de gemeente tot het stellen van eisen aan en het houden van toezicht op het handhaven van de gezondheid binnen specifieke situaties. Ook zijn bepaalde eisen ten aanzien van de hygiëne op kampeerplaatsen vastgelegd.

#### De infectieziektenwet<sup>1</sup>

Met deze wet wordt de bescherming van de volksgezondheid geregeld tegen infectieziekten zoals tuberculose, Soa en Aids. Op grond van deze wet heeft de burgemeester de bevoegdheid om in voorkomende gevallen en ter voorkoming van epidemieën plaatsen aan te wijzen waarin burgers verplicht kunnen worden opgenomen ter medische behandeling.

#### Quarantainewet

De Quarantainewet bevat voorschriften over het voorkomen en weren van besmettelijke ziekten bij mensen die Nederland binnenkomen. Onder andere aan de burgemeester als 'gezondheidsautoriteit' -bijgestaan door een geneeskundige en in overleg met de Inspectie Gezondheidszorg- worden op grond van deze wet bijzondere bevoegdheden verleend om maatregelen te treffen teneinde epidemieën te voorkomen (betreffende pokken, gele koorts en

---

<sup>1</sup> Te zijner tijd wordt deze regeling samen met de huidige Wet collectieve preventie volksgezondheid opgenomen in Wet publieke gezondheidszorg. Er is een wetswijziging in voorbereiding.





cholera via internationale transportwegen door de lucht, over zee en spoorwegen). De GGD is een erkende instelling, bevoegd om te vaccineren tegen gele koorts.

#### Deconstructiewet

De gemeente moet ervoor zorgen dat kadavers van in de wet genoemde dieren (deconstructiemateriaal) op hygiënische wijze worden afgevoerd naar het zogeheten destructiebedrijf. Op basis van deze wet moet de gemeente een verordening maken, waarin geregeld is wat de houder van het deconstructiemateriaal ermee moet doen en hoe het moet worden bewaard totdat het wordt opgehaald.

#### Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)

De BOPZ geeft de burgemeester de bevoegdheid om mensen die gestoord zijn in hun geestesvermogens en daarmee een gevaar zijn voor zichzelf, hun omgeving of de openbare orde met een 'inbewaringstelling' acuut verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

#### Wet gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid (GOA)

Met ingang van 1 augustus 1998 hebben de gemeenten krachtens deze wet de verantwoordelijkheid gekregen voor en de regie over het voorkomen en bestrijden van onderwijsachterstanden. Voor die tijd was het een rijkstaak. In een gemeentelijke verordening dient het gemeentelijk beleid in deze verankerd te worden.

## **2. Wetten die verplichten**

#### Gezondheidswet

De Gezondheidswet bevat de wettelijke voorschriften met betrekking tot de organisatie van de zorg voor de volksgezondheid. De Wet regelt onder andere de vertegenwoordiging van de gemeente in de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Provinciale Raad Volksgezondheid en Maatschappelijke Zorg (PRVMZ). Daarnaast regelt de Wet onder andere de informatieplicht van de gemeente aan de inspecteurs van de Volksgezondheid, RVZ en PRVMZ ten aanzien van de naleving van wetten en verordeningen die de volksgezondheid betreffen. Ook is in deze wet geregeld dat inspecteurs van Volksgezondheid de gemeenten informeren en adviseren.

#### Infectieziektenwet

Deze wet heeft ook een verplichtende taak. De GGD heeft in deze wet een van de geneeskundige inspectie gedelegeerde taak. Gevallen van de zogeheten aangifteplichtige ziekten moeten bij de GGD gemeld worden, waarbij de GGD, indien noodzakelijk, in voorkomende gevallen de burgemeester adviseert over maatregelen ter voorkoming van uitbreiding van de ziekte en besmetting van anderen.

#### Tabakswet

De uit 1988 daterende Tabakswet bevat regels ter beperking van het gebruik van tabak en meer in het bijzonder regels om hinder voor hen die geen tabak gebruiken tegen te gaan. De artikelen 10 en 11 van de wet regelen de rookverboden. In artikel 10 staat dat voor de instellingen, diensten en bedrijven die door de Staat en de openbare lichamen worden beheerd, door het bevoegd gezag



zodanige maatregelen genomen worden dat van de voorzieningen gebruik gemaakt kan worden zonder hinder of overlast van roken te ondervinden.

Artikel 11a, eerste en tweede lid zijn in januari 2004 van kracht geworden. In deze artikelen worden werkgevers verplicht zodanige maatregelen te treffen dat werknemers in staat worden gesteld werkzaamheden te verrichten zonder daarbij hinder of overlast van roken door anderen te ondervinden.

#### Waterleidingwet/regeling legionellapreventie in leidingwater

Op grond van de Waterleidingwet dient de kwaliteit van het drinkwater te voldoen aan algemene en nader te bepalen eisen in verband met de schadelijkheid voor de volksgezondheid. In oktober 2000 is de Waterleidingwet gewijzigd en is de 'Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater' in werking getreden. De gemeente heeft bij legionellapreventie twee rollen. Enerzijds als eigenaar van collectieve leidingnetten, anderzijds als toezichthouder. Als eigenaar van legionellagevoelige accommodaties dient voor de daarvoor in aanmerking komende accommodaties een risicoanalyse uitgevoerd te worden en een beheersplan te worden opgesteld, waarin de maatregelen worden vermeld. Op grond van de tijdelijke regeling treedt de gemeente op als toezichthouder bij grootschalige evenementen, kinderdagverblijven, asielzoekerscentra en inrichtingen voor openlucht recreatie. Op 8 augustus 2002 is een ontwerp-Algemene maatregel van Bestuur voor de legionellapreventie in leidingwater gepresenteerd. De rol van gemeenten daarin is beperkter dan voorheen.

#### De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

- **Vaccinatiebesluit**  
Het vaccinatiebesluit is een besluit op grond van de AWBZ. De gemeenten participeren in de entgemeenschap samen met de thuiszorgorganisaties. Dit samenwerkingsverband zorgt voor de uitvoering van het vaccinatiebesluit. De gemeente is verplicht om kosteloos gegevens uit het bevolkingsregister aan te leveren om nieuw geboren en in het vaccinatieprogramma te kunnen opnemen en om verhuisde kinderen te kunnen blijven oproepen.
- **Bevolkingsonderzoeken**  
Het college voor zorgverzekeringen subsidieert uit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten het bevolkingsonderzoek op borstkanker, waarin de gemeente – meer in het bijzonder de GGD- een belangrijke coördinerende en voorlichtende rol vervult. De gemeente moet aan de (geautoriseerde) uitvoerders van de onderzoeken op systematische wijze gegevens uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) verstrekken voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek borstkanker en baarmoederhalskanker.
- **Zorgvernieuwingsfondsen**  
Per sector in de AWBZ is aan zogenaamde zorgvernieuwingsfondsen vormgegeven: gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging en geestelijke gezondheidszorg. Hierin speelt het zorgkantoor een belangrijke rol bij de uitvoering en in het bijzonder bij de beoordeling van de projecten. Gemeenten en cliëntenorganisaties adviseren over de projecten. Het is zaak dat gemeenten besluiten nemen over de door hen te hanteren criteria voor zorg-op-



maat. De gemeenten zijn vertegenwoordigd in de Raad van Advies van het zorgkantoor. De regeling voor zorgvernieuwendende activiteiten is per 1 januari 2007 overgeheveld naar de Wmo.

#### Woningwet/Bouwbesluit

In het landelijk Bouwbesluit zijn bouwvoorschriften vastgelegd op het gebied van hygiëne en veiligheid in woningen. Onderwerpen die aan de orde komen zijn o.a. wering van geluidshinder, wering van vocht, behandeling van afvalwater binnen de woning, ventilatie, bestrijding van ongedierte en toetreding van daglicht. Op grond van artikel 100 van de Woningwet is het College van Burgemeester en Wethouders aangewezen om zorg te dragen voor handhaving van de bepalingen van het Bouwbesluit. Zij geven uiteindelijk een gebruikersvergunning af.

#### Besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen

Het besluit regelt het technische veiligheidstoezicht op toestellen in speeltuinen, op schoolpleinen, bij kinderdagverblijven en openbare speelgelegenheden. De eigenaar is verantwoordelijk voor de veiligheid. Het toezicht geschiedt door de Inspectie Gezondheidsbescherming.

#### Arbeidsomstandighedenwet

Als werkgever is de gemeente op grond van deze wet verplicht zorg te dragen voor een zo groot mogelijke veiligheid, een zo goed mogelijke bescherming van de gezondheid en een bevordering van het welzijn van haar werknemers bij de arbeid. De gemeente moet onder bepaalde voorwaarden ervoor zorgen dat gebruik gemaakt kan worden van een erkende Arbodienst. Daarin is ook de bedrijfsgezondheidszorg aanwezig.

#### Wet werk en bijstand

De nadruk in de Wet werk en bijstand ligt bij het stimuleren van het aanvaarden van werk. Bijstand is er voor iedereen die in 'zodanige omstandigheden verkeert of dreigt te geraken dat hij / zij niet over de middelen beschikt om in de noodzakelijke kosten van bestaan te voorzien'.

#### Wetgeving speciaal onderwijs

Op grond van deze wet in combinatie met de WCPV is de gemeente verplicht de GGD op te dragen te adviseren over toelating van kinderen tot het speciale onderwijs.

#### Besluit Europese gehandicaptenkaart

Dit besluit regelt dat een parkeerkaart voor een persoon met een handicap niet afgegeven wordt alvorens een geneeskundig onderzoek heeft plaatsgevonden met betrekking tot de beperking van de aanvrager.

#### Wet ambulancevervoer

De Wet ambulancevervoer verplicht gemeenten om samen te werken in centrale posten ambulancevervoer en in onvoorziene omstandigheden in ambulancevervoer te voorzien als het particulier initiatief dat niet doet. Een wetswijziging staat op stapel. De Wet ambulancezorg wordt op afzienbare termijn ingevoerd.

#### Wet rampen en zware ongevallen

Deze wet beschrijft de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid van de gemeente bij de (voorbereiding van) rampen(bestrijding).

#### Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)

In deze wet is de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen geregeld. De gemeente moet over rampenplannen beschikken. De verantwoordelijkheid voor de geneeskundige hulpverlening is in deze wet neergelegd bij het College van Burgemeester en Wethouders. De leiding van het geneeskundig deel uit het rampenplan berust bij de leiding van de GGD. Het betreft



hier onder andere een procesverantwoordelijkheid van de GGD met betrekking tot de totale geneeskundige hulpverlening, inclusief voorbereiding.

#### Wet op de lijkbezorging

In de wet op de lijkbezorging is geregeld hoe de gemeente, mede met het oog op de volksgezondheid, moet handelen bij overlijden, begraven en cremieren. Onder meer is de gemeente verplicht om te beschikken over een gemeentelijke lijkschouwer. Deze arts kan verklaringen afleggen over een (on)natuurlijke dood. De gemeenten die deelnemen aan de Gemeenschappelijke Regeling GGD Hart voor Brabant hebben deze taak neergelegd bij de GGD.

### **3 Wetten van invloed op de kwaliteit**

#### Kwaliteitswet zorginstellingen

Deze wet bevat regels omtrent de wijze waarop de overheid de kwaliteit waarborgt van zorg, verleend door zorginstellingen. De wet draagt de gemeente op toezicht te houden op de kwaliteitszorg van instellingen die ze in stand houdt, zoals de GGD. De instellingen maken zelf kwaliteitsrapportages die worden beoordeeld door de Inspectie Volksgezondheid.

#### Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBGO)

Deze wet regelt allerlei aspecten met betrekking tot de relatie behandelend arts en patiënt en is ook analoog van toepassing op 'medische handelingen' waaronder het doen van onderzoek dat niet gericht is op behandeling, doch wel overeenkomstige kenmerken vertoont.

#### Wet individuele beroepsbeoefenaren gezondheidszorg (BIG)

De wet richt zich op registratie, bevoegdheid, status en kwaliteit van individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg alsmede op de toepassing van tuchtrecht op een aantal beroepen waaronder artsen en verpleegkundigen.

#### Wet op de uitoefening van de geneeskunst

Hierin worden onder andere geneeskundigen en verloskundigen verplicht de burgemeester in kennis te stellen van hun vestiging i.c. vertrek uit de gemeente. Deze wet komt bij volledige invoering van de Wet BIG te vervallen.

#### Wet op de bevolkingsonderzoeken

Deze wet stelt bijzondere eisen aan medische onderzoeken die aangemerkt dienen te worden als bevolkingsonderzoeken die uitgevoerd worden met behulp van ioniserende straling, dan wel betrekking hebben op kanker, ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is en stelt deze vergunningsplichtig. De bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker vallen onder deze wet.



## Bijlage 3: Gezondheidssituatie Loon op Zand

De gezondheidstoestand van de inwoners van Loon op Zand wordt niet alleen beïnvloed door de in hoofdstuk 1 reeds vermelde factoren van gezondheid (biologische en erfelijke factoren, sociale en fysieke omgeving, leefstijl en gedrag en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen). Ook andere zaken zoals demografische, sociaal-culturele en economische ontwikkelingen hebben hun uitwerking op de volksgezondheid. Eerste komen kort de demografische ontwikkelingen aan de orde. Daarna de sociale en fysieke omgeving, sterfte, de lichamelijke en psychische gezondheid, leefstijl en gedrag en het gebruik van zorg en welzijnsvoorzieningen.

De gegevens zijn het resultaat van de Gezondheidsmonitor regio Hart voor Brabant. Met behulp van deze monitor verzamelt de GGD Hart voor Brabant cijfers voor haar 29 gemeenten.

De Gezondheidsmonitor bestaat uit vier deelmonitors:

- kinderen (0 t/m 11 jaar); (2005)
- jongeren (12 t/m 18 jaar); (2003, nieuwe gegevens beschikbaar zomer 2007)
- volwassenen (19 t/m 64 jaar); (2005)
- ouderen (65 jaar en ouder). (2004)

### Demografische ontwikkelingen

De belangrijkste demografische ontwikkelingen die zich gedurende de tweede helft van de twintigste eeuw in Nederland hebben voltrokken, zijn een toename van de bevolking en een toename van de levensverwachting. Tussen 1950 en 2005 is de Nederlandse bevolking toegenomen van 10 miljoen tot ruim 16 miljoen. Sinds 1980 is de levensverwachting<sup>1</sup> voor mannen met 3,1 jaar en voor vrouwen met 1,4 jaar gestegen.

De levensverwachting in de regio Hart voor Brabant is gemiddeld 76,0 jaar voor mannen en 80,7 jaar voor vrouwen (gemiddeld over de periode 2001-2004). Dat is voor mannen 0,3 jaar en voor vrouwen 0,4 jaar minder dan gemiddeld in Nederland. De gezonde levensverwachting in de regio Hart voor Brabant verschilt nauwelijks met de landelijke levensverwachting en ook tussen mannen en vrouwen is weinig verschil, namelijk 62,3 jaar voor mannen en 62,1 jaar voor vrouwen.

Vrouwen hebben dus weliswaar een langere levensverwachting, maar hun gezonde levensverwachting is ongeveer gelijk aan die van de mannen. Dat betekent dat het aantal jaren dat zij langer leven, dus bijna helemaal doorgebracht wordt in een minder goed ervaren gezondheid.

Verder wordt verwacht dat het landelijke percentage ouderen boven de 65 jaar zal stijgen van 13,3% in 2001 naar 19,1% in 2015. Daarbij tekent zich een 'dubbele vergrijzing' af. Dat wil zeggen dat er meer ouderen komen en dat deze ouderen ook een hogere leeftijd bereiken.

De bevolkingsopbouw per 1 januari 2005 in de gemeente Loon op Zand is in de onderstaande tabel opgenomen. Tevens is de prognose voor het jaar 2015 te zien en de procentuele toe- of afname van het aantal inwoners in die leeftijdsklasse.



Tabel: Prognose bevolkingsopbouw

		Loon op Zand
0 – 29 jaar		
	2005 (%)	34,8
	2015 (%)	33,8
	Afname (%)	-1,0
30 – 49 jaar		
	2005 (%)	30,3
	2015 (%)	24,6
	Afname (%)	-5,7
50 – 64 jaar		
	2005 (%)	20,4
	2015 (%)	22,0
	Toename (%)	1,6
65 – 74 jaar		
	2005 (%)	8,5
	2015 (%)	11,7
	Toename (%)	3,2
75-plus		
	2005 (%)	5,9
	2015 (%)	8,0
	Toename (%)	2,1
Totaal		
	2005 (aantal)	22943
	2015 (aantal)	23214
	Toename (%)	1,2

Bron: Bevolkings- en woningbehoeftenprognose Noord-Brabant, actualisering 2005 (Provincie Noord-Brabant).

Het aandeel in de bevolkingsopbouw van de jongste groep (0-29 jaar) ligt rond de 35%. De prognose is dat het absolute aantal 0-29 jarigen iets zal afnemen (-1%). De groep 30-49 jarigen maakt in 2005 ongeveer 30% van de bevolking uit. In 2015 zal dat 24,6% zijn, een afname van bijna 6%. Het aantal 65-plussers zal daarentegen toenemen van 8,5% naar 11,7%.

Dit betekent dat er zowel een ontgroening (minder jongeren) als een vergrijzing (meer ouderen) in de gemeente Loon op Zand optreedt. De bevolkingsopbouw zal er in 2015 heel anders uitzien. Dit heeft daarmee directe gevolgen voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid, het ouderenbeleid en het huisvestingsbeleid.



**Sociale omgevingsfactoren**

Voor het in kaart brengen van de sociale omgeving worden de volgende onderwerpen in beeld gebracht: opleiding en werksituatie, inkomenssituatie, woonsituatie en contacten.

Tabel: sociale omgevingsfactoren

	Regio HvB	Loon op Zand
<b>Opleiding/werksituatie</b>		
Geen onderwijs /alleen LO (19-64 jaar)	7	7
(65-plus)	36	48
Werkloos/bijstand (19-64 jaar)	4	3
<b>Arbeidsongeschikt</b>		
(19-64 jaar)	5	4
<b>Inkomen</b>		
Inkomen beneden modaal (19-64 jaar)	40	34
Enige tot grote moeite met rondkomen (19-64 jaar)	27	20
Bezuinigt op min. 1 terrein (19-64 jaar)	65	60
Alleen AOW (65-plus)	23	37
Kan met moeite rondkomen (65-plus)	19	24
<b>Contacten</b>		
1-persoons huishouden (19-64 jaar)	10	6
Alleenwonend (65-plus)	30	32
<b>Matig-zeer (ernstig) eenzaam</b>		
(19-64 jaar)	38	38
(65-plus)	48	49

\* het percentage in de gemeenten wijkt aanzienlijk af van het percentage in de regio.



*Opleidingsniveau / werksituatie/ inkomen*

In de regio Hart voor Brabant en in Loon op Zand heeft 7% van de volwassenen geen opleiding of alleen lager onderwijs. Voor de 65-plussers is deze situatie anders; 48% van de ouderen hebben geen opleiding of alleen lagere school (ten opzichte van 36% voor de regio Hart voor Brabant).

Bijna driekwart van de ondervraagde volwassenen in de regio Hart voor Brabant heeft werk. Het percentage dat werkloos is of in de bijstand zit is in de regio gemiddeld 4%. Loon op Zand wijkt hier met 3% niet veel van af.

Wat betreft hun financiële situatie geeft 40% van de volwassenen in de regio Hart voor Brabant aan een inkomen beneden modaal te hebben. Loon op Zand scoort hier gunstig met slechts 34%. Van de ouderen in de regio geeft 23% aan alleen van hun AOW rond te moeten komen. Ook op dit vlak scoren de ouderen in de gemeente minder gunstig, namelijk 37%. Ruim een kwart van de volwassenen in de hele GGD-regio geeft aan enige tot grote moeite te hebben rond te komen van hun inkomen. In Loon op Zand is dit beeld gunstiger: 20% van de volwassenen heeft enige tot grote moeite om rond te komen. Gemiddeld zegt 65% te bezuinigen op minstens één terrein. In Loon op Zand is dit 60%. Maar ook hierop scoren de 65-plussers ongunstig: in Loon op Zand kan 24% maar met moeite rondkomen terwijl dit percentage in de regio op 19% ligt.

*Alleenwonend*

In de regio Hart voor Brabant is 30% van de ouderen alleenwonend en in de gemeente Loon op Zand 32%. Bij de volwassenen in de regio Hart voor Brabant heeft 10% een 1-persoonshuishouden en in Loon op Zand 6%.

*Eenzaamheid*

Eenzaamheid is verlangen naar contacten, maar dit verlangen niet adequaat kunnen invullen. Het gaat dan niet alleen om het gevoel (te) weinig contacten te hebben (kwantiteit), maar ook om de ervaring dat de contacten niet bevredigend zijn (kwaliteit). Eenzaamheid wordt een steeds groter probleem. In 2004 is het percentage eenzame ouderen in de totale regio Hart voor Brabant 48%. Loon op Zand is vergelijkbaar met een percentage van 49%. Voor volwassenen in de regio is nauwelijks een stijging opgetreden in het percentage eenzamen. In 2001 gaf 36% dit aan, in 2005 is dat 38%. Dit percentage geldt ook voor Loon op Zand.

Het overgrote deel van de mensen dat eenzaam is in de regio Hart voor Brabant is matig eenzaam. Maar onder volwassenen en ouderen is nog altijd respectievelijk 5% en 9% ernstig eenzaam. Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd en komt met name veel voor onder 75-plussers. Verder is het percentage eenzamen beduidend hoger onder alleenstaanden en mensen met een lager sociaaleconomische status. Onder ouderen is daarnaast het percentage eenzamen aanzienlijk hoger onder vrouwen. Tot slot blijkt dat in de regio Hart voor Brabant ruim viervijfde van alle eenzame mensen sociaal eenzaam zijn, ongeveer tweederde van deze mensen is (ook) emotioneel eenzaam. Bij sociale eenzaamheid is het aantal en de kwaliteit van de contacten minder dan





gewenst, bij emotioneel eenzamen is sprake van een gemis aan intimiteit in de contacten. Beide vormen van eenzaamheid vereisen een andere aanpak in de preventie en bestrijding ervan.

### Fysieke omgevingsfactoren

Onder fysieke omgevingsfactoren worden verstaan: wonen en woonomgeving, lawaai- en stankoverlast en veiligheidsbeleving. De volgende tabel toont de bevindingen:

Tabel: Fysieke omgevingsfactoren

	Regio HvB	Loon op Zand
<b>Wonen en woonomgeving</b>		
Ontevreden met eigen woning (19-64 jaar)	4	2
Ontevreden met eigen buurt (19-64 jaar)	6	4
Heeft 3 of meer aanpassingen in woning (65 plus)	19	23
Wenst aanpassingen in woning (65 plus)	27	28
<b>Lawaai- en stankoverlast</b>		
Erg gehinderd door lawaai (19-64 jr)	15	14
Erg gehinderd door geur (19-64 jr)	7	5
<b>Veiligheid</b>		
Voelt zich overdag wel eens onveilig (19-64 jr)	8	7
(65 plus)	32	32
Voelt zich 's nachts/'s avonds wel eens onveilig (19-64 jr)	24	22
(65 plus)	47	44
Afgelopen 5 jr slachtoffer van openbaar geweld (19-64 jr)	7	6
Afgelopen 5 jr slachtoffer van huiselijk geweld (19-64 jr)	2	2

#### *Wonen en woonomgeving*

In Loon op Zand zijn volwassenen over het algemeen tevreden met hun woning, slechts 2% is hier ontevreden mee (in de regio 4%). Ook het percentage dat ontevreden is met de buurt steekt in Loon op Zand gunstig af tegen de regionale score (resp. 4% en 6%). Gemiddeld heeft bijna één op de vijf ouderen in de regio drie of meer aanpassingen in de woning. In Loon op Zand is dit 23% maar 28% wenst één of meer aanpassingen in de woning (ten opzichte van 27% in de regio).

#### *Lawaai- en stankoverlast*



De overlast als gevolg van lawaai is nagenoeg hetzelfde als in de regio (14% tov 15%). De ondervonden hinder door stank is in Loon op Zand minder dan in de regio (resp. 5% tov 7%).

In de regio geeft men aan vooral last van stank van het wegverkeer, open haarden of allesbranders te hebben. In Loon op Zand is dit beeld vergelijkbaar.

### *Veiligheidsbeleving*

Sociale veiligheid wordt bepaald door het risico dat iemand denkt te lopen om slachtoffer te worden van criminaliteit. Onveiligheid of het gevoel hebben dat het onveilig is in de buurt, kan ervoor zorgen dat mensen worden belemmerd in hun sociale bezigheden.

Ongeveer een derde (32%) van de ouderen in voelt zich overdag onveilig, dit wijkt niet af van de regio. 's Avonds en 's nachts voelt bijna 44% van de ouderen zich wel eens onveilig. In de regio Hart voor Brabant is dat 47%.

In Loon op Zand zijn volwassenen in de afgelopen vijf jaar even vaak het slachtoffer geweest van openbaar geweld als in de regio (6% resp. 7%).

### **Sterfte**

Sterftecijfers die op een specifieke doodsoorzaak wijzen, kunnen inzicht geven in de ziekten en aandoeningen die verantwoordelijk zijn voor de ongezonde levensjaren. Deze sterftecijfers zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Tabel: Sterfte (Aantal overledenen per 10.000 inwoners per jaar<sup>1</sup>)

	Nederland	Regio HvB	Loon op Zand
Kanker	23,6	24,0	25,1
Sterfte hart- en vaatziekten	28,9	30,1*	32,8
Totaal	86,8	89,7*	94,3

<sup>1</sup> gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht

\* beduidend afwijkend van het Nederlandse cijfer

In de regio Hart voor Brabant zijn gemiddeld bijna 8.000 personen per jaar overleden in de periode 2001-2004, oftewel 89,7 sterfgevallen per 10.000 inwoners. Dit is aanzienlijk hoger dan het Nederlandse sterftecijfer van 86,8 per 10.000. Hart- en vaatziekten (33% van de totale sterfte) en nieuwvormingen (29% van de totale sterfte) zijn de belangrijkste groepen van doodsoorzaken in de regio Hart voor Brabant (nieuwvormingen bestaat uit kwaadaardige (kankers) en goedaardige nieuwvormingen). Ook ziekten van de ademhalingsorganen hebben met 10% een groot aandeel in de totale sterfte in de regio Hart voor Brabant. De sterfte aan ziekten van het hart- en vaatstelsel en ziekten van de ademhalingsorganen ligt in de regio Hart voor Brabant aanzienlijk hoger dan in



Nederland (30,1 per 10.000 inwoners). De sterfte aan nieuwvormingen wijkt in Hart voor Brabant (24,0 per 10.000 inwoners) niet beduidend af van het cijfer voor heel Nederland.

Voor de totale sterfte, de sterfte aan kanker en de sterfte aan hart- en vaatziekten is een vergelijking gemaakt tussen de gemeente en heel Nederland. De vergelijking van de totale sterfte en de sterfte aan hart- en vaatziekten op gemeenteniveau is van beperkte waarde. Gemeenten met verpleeg- en verzorgingshuizen zullen een hogere sterfte hebben dan gemeenten zonder deze voorzieningen. Een deel van de mensen met een zeer slechte gezondheid zal namelijk in zo'n tehuis worden opgenomen. Dit effect zal voor de sterfte aan kanker minder zijn.

Uit de cijfers blijkt dat de totale sterfte in Loon op Zand hoger is (94,3/10.000 inwoners/jaar) dan in de regio en in Nederland (86,8/10.000 inwoners/jaar). Verder is te zien dat de sterfte aan hart- en vaatziekten in Loon op Zand (32,8/10.000 inwoners/jaar) aanzienlijk hoger is dan landelijk (28,9/10.000 inwoners/jaar). Bij kanker scoort de gemeente vergelijkbaar met landelijk (resp. 25,1 tov 23,6).

Het is niet met zekerheid vast te stellen welke factoren precies verantwoordelijk zijn voor de verhoogde opname en sterfte aan hart- en vaatziekten in de regio Hart voor Brabant. Toch zijn er wel aanwijzingen dat er vaker sprake is van overmatig alcoholgebruik. Overmatig alcoholgebruik houdt in dat mannen meer dan 21 glazen per week drinken en vrouwen meer dan 14 glazen per week. Uit de gezondheidsenquête die in 2005 onder de volwassen bevolking gehouden is, blijkt dat in de regio Hart voor Brabant 14% overmatig alcohol gebruikt.

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat er in de provincie Noord-Brabant vroeger meer werd gerookt ten opzichte van Nederland (respectievelijk 40,8% en 37,6% in 1993). Alhoewel dat verschil inmiddels ongeveer lijkt te zijn verdwenen zou een jarenlang verschil in het verleden nog wel door kunnen werken in sterfte nu.

Uit de gezondheidsenquête volwassenen blijkt verder dat in de regio Hart voor Brabant 41% van de bevolking niet voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (tenminste vijf dagen per week een half uur matig intensief bewegen). De negatieve invloed van de leefstijlfactoren op de gezondheid is daarmee een van de meest belangrijke aandachtspunten voor het gezondheidsbeleid.

### **Lichamelijke en geestelijke gezondheid**

Gezondheid hangt af van het lichamelijk, psychisch en maatschappelijk welbevinden. We spreken ook wel van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, waarin zowel objectieve als subjectieve aspecten van gezondheid zijn opgenomen. Zo'n subjectieve maat is de ervaren gezondheid. De eigen gezondheid wordt vaker als niet goed beoordeeld door laagopgeleide volwassenen, mensen die grote moeite hebben met rondkomen en door niet-westerse allochtonen.



Tabel: lichamelijke en geestelijke gezondheid

	Regio HvB	Loon op Zand
<b>Lichamelijke gezondheid</b>		
Ervaart eigen gezondheid als niet goed (12-17 jr)	16	16
(19-64 jr)	12	12
(65-plus)	28	32
Heeft één of meer chronische ziekten vastgesteld door arts		
(12-17 jr)	38	37
(19-64 jr)	39	40
(65 plus)	69	71
Beperkt in bezigheden a.g.v. lichamelijke gezondheid		
(19-64 jr)	19	19
(65-plus)	31	39
<b>Geestelijke gezondheid</b>		
Slecht ervaren psychische gezondheid (12-17 jr)		
(12-17 jr)	12	12
(19-64 jr)	15	14
(65-plus)	20	25
Beperkt in bezigheden a.g.v. emotionele problemen		
(19-64 jaar)	10	10
(65 plus)	12	15

In de regio Hart voor Brabant ervaart 12% van de volwassenen hun gezondheid als niet goed. Dit is beter dan landelijk, in Nederland vindt ongeveer 20% de eigen gezondheid niet goed. Met het stijgen van de leeftijd neemt (in de groep volwassenen) het percentage dat de eigen gezondheid niet goed vindt toe. Ongeveer vier op de tien volwassenen heeft één of meer chronische ziekten.

Het hebben van een chronische ziekte blijkt samen te gaan met het als minder ervaren van de gezondheid. Bij de ouderen in de regio ervaart gemiddeld 28% hun gezondheid als matig tot slecht. In Loon op Zand ligt dit percentage nog hoger, namelijk 32%. Veel ouderen (regio 69%, Loon op Zand 71%) geven aan een chronische ziekte of handicap te hebben. Ruim drie op de tien ouderen worden door hun lichamelijke gezondheid beperkt in hun dagelijkse bezigheden. In Loon op Zand zijn dit zelfs vier op de tien ouderen.

De psychische gezondheid wordt door 15% van de volwassenen in Hart voor Brabant voor Brabant als slecht ervaren. Dit is vergelijkbaar met Nederland. Ook Loon op Zand scoort rond dit percentage (14%). Er is geen duidelijk verband tussen psychische gezondheid en leeftijd. Wel



voelen vrouwen zich vaker psychisch ongezond dan mannen. Ook volwassenen die grote moeite hebben met rondkomen en arbeidsongeschikten voelen zich vaker psychisch ongezond. Bij 65-plussers vindt 20% dat de psychische gezondheid slecht is. In Loon op Zand steken de ouderen hier weer ongunstig tegen af met een score van 25%.

Van de jongeren van 12-17 jaar in zowel de regio Hart voor Brabant als Loon op Zand beoordeelt 12% de geestelijke gezondheid als slecht. De lichamelijke gezondheid wordt gemiddeld door 16% van de jongeren als niet goed ervaren.. Net als bij de volwassenen heeft bijna vier op de tien jongeren één of meer chronische ziekten. Ook hierin wijkt de gemeente niet veel af van het regionale beeld.

### Leefstijl en gedrag

Leefstijl en gedrag hebben een grote invloed op het ontstaan van ziekten. Preventie van de risicofactoren roken, alcohol en overgewicht kan een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen.

Tabel: Leestijl en gedrag

	Regio Hvb	Loon op Zand
Ernstig overgewicht		
2-11 jaar	2	2
12-17 jaar	2	1
19-64 jaar	11	12
65-plus	13	13
Onvoldoende groente en fruit		
Niet dagelijks groente én fruit:		
0-11 jaar		
12-17 jaar	55	60
Niet dagelijks $\geq 200$ gram groente én 2 stuks fruit:	86	87
19-64 jaar		
65-plus	89	87
	85	88
Ontbijt minder dan 5x/week		
1-11 jaar		
12-17 jaar	3	
	18	18
Minder dan 5 warme maaltijden/week		
1-11 jaar	2	
12-17 jaar	3	3



Lichamelijke activiteit		
<1x/wk buiten school (4-11 jr)	28	26
(12-17 jr)	22	25
Voldoet niet aan Ned. Norm Gezond Bewegen (19-64 jr)	41	42
(65-plus)	41	46
Roken		
Wel eens gerookt (8-11 jr)	0,7	1,0
Rookt (12-17 jr)		
Dagelijks sigaretten (12-17 jr)	8	14
Rookt (19-64 jr)	29	29
Dagelijks sigaretten (19-64 jr)	26	26
Alcoholgebruik		
Afgelopen 4 weken (8-11 jr)	2	2
Afgelopen 4 weken (12-17 jr)	54	55
Binge drinken (12-17 jr)	16	17
Overmatig alc.gebr. (19-64 jr)	14	12
Vindt eigen manier van leven ongezond		
19-64 jaar	3	2
65-plus	2	2
Seksueel risicogedrag		
12-17 jaar	8	6
19-64 jaar	10	9
Softdruggebruik afgelopen 4 weken 12-17 jaar		
	5	4
19-64 jaar	3	1
Harddruggebruik		
Afgelopen 4 weken (12-17 jr)	0,4	
Ooit gebruikt (lifetime) (19-64 jr)	5	3

### Voeding

Ook in de regio Hart voor Brabant is het percentage volwassenen met overgewicht iets gestegen van 44% in 2001 tot 46% in 2005. Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) is in diezelfde periode gestegen van 6 tot 11%. Van de 65-plussers in de regio heeft 58% overgewicht, bij 13% is sprake van ernstig overgewicht. De percentages en de stijgende trend zijn vergelijkbaar met de landelijke cijfers en trends. Loon op Zand volgt deze trend.

Bij kinderen (2-11 jaar) en jongeren (12-17 jaar) komt overgewicht ook steeds meer voor. In de regio Hart voor Brabant is 1 op de 10 kinderen en jongeren te dik. Bij 2% van zowel de kinderen als de jongeren komt ernstig overgewicht voor. In Loon op Zand is dit bij 2% van de kinderen en 1% van de jongeren het geval.



Slechts weinig volwassenen (3%) vinden hun eigen manier van leven (zeer) ongezond, maar uit de volwassenenenquête blijkt dat gemiddeld 87% van hen onvoldoende groente en fruit eet volgens de Richtlijn Goede Voeding (200 gram groenten en 2 stuks fruit per dag). Dit percentage komt overigens nagenoeg overeen met het regionale en landelijke cijfer.

In verschillende landelijke rapporten wordt gesignaleerd dat verzorgers onvoldoende zorg besteden aan gezonde voeding voor hun kinderen. De keuze van voeding is veelal beperkt of te eenzijdig te noemen. Ook komen steeds meer kinderen naar school zonder een goed ontbijt of wordt de meegenomen lunch niet opgegeten. In plaats daarvan worden steeds meer chips, koeken en snacks gegeten. Van de kinderen van 1-11 jaar in de regio Hart voor Brabant ontbijt 3% minder dan 5 keer per week. Bij de jongeren van 12-17 jaar is dat al 18%. In Loon op Zand liggen de percentages voor kinderen en jongeren rond het regionale gemiddelde. Verder blijkt dat 2-3% van de kinderen en jongeren minder dan vijf keer per week een warme maaltijd eet.

#### *Bewegen en sport*

Mensen die voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (minstens vijf dagen per week een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit) worden geacht voldoende te bewegen. In de regio Hart voor Brabant blijkt 41% van de volwassenen en de 65-plussers niet aan die norm te voldoen. Loon op Zand scoort zelfs nog iets ongunstiger, 42% van de volwassenen en 46% van de ouderen bewegen onvoldoende.

Van de kinderen van 4-11 jaar in de regio sport 28% minder dan 1 keer per week buiten schooltijd. Bij de jongeren (12-17 jaar) in de regio sport 22% minder dan 1 keer per week. Loon op zand scoort hier voor de 4-11 jarigen iets gunstiger (26%) maar voor de jongeren juist iets ongunstiger (25%)..

#### *Roken*

In de regio Hart voor Brabant is het percentage rokers gedaald van 34% in 2001 tot 29% in 2005. Deze dalende trend is ook landelijk zichtbaar. Ook in Loon op Zand is deze trend onder volwassenen te zien. Van de ondervraagde jongeren van 12-17 jaar in de regio Hart voor Brabant zegt 8% dagelijks te roken. Loon op Zand scoort hier beduidend slechter, hier rookt 14% van de jongeren.

#### *Alcohol*

Veertien procent van de volwassenen in de regio Hart voor Brabant drinkt overmatig alcohol, wat te vergelijken is met het Nederlandse gemiddelde. Overmatig alcoholgebruik is vaak sociaal geaccepteerd, omdat niet altijd sprake is van direct zichtbare nadelige gevolgen. Het komt vaker voor bij mannen (19%) dan bij vrouwen (8%).



In Loon op Zand is het overmatig alcoholgebruik door volwassenen (12%) vergelijkbaar met de regio.

Ruim de helft (54%) van de 12-17 jarigen in de regio Hart voor Brabant heeft in de afgelopen vier weken alcohol gedronken; 40% van de jongeren tot 16 jaar en 83% van de 16- en 17-jarigen. Dit komt overeen met landelijke cijfers. In Loon op Zand gebruikt ook meer dan de helft van de jongeren alcohol (55%).

Zestien procent van de jongeren in de regio is een *binge drinker*. In Loon op Zand is het percentage *binge*-drinkers 17%. Dit wil zeggen dat hij/zij zes of meer glazen alcohol drinkt op één of meer van de weekenddagen. *Binge* drinken komt meer voor bij jongens (20%) dan bij meisjes (11%). Verder *is binge* drinken vooral een probleem van de 16-17-jarigen. Van de jongens in de regio van deze leeftijd doet 49% aan *binge* drinken, van de meisjes 26%.

#### *Seksueel risicogedrag*

In de regio Hart voor Brabant geeft 18% van de volwassenen aan dat zij in de afgelopen zes maanden wel eens hebben gevreeën met een nieuwe of losse partner. Iets meer dan de helft van deze groep, dat is 10% van de 19-64-jarigen (Loon op Zand 9%), heeft hierbij niet altijd een condoom gebruikt.

Van de jongeren van 12-17 jaar heeft 15% wel eens geslachtsgemeenschap gehad. Van deze groep heeft ook iets meer dan de helft, dat is 8% van de 12-17-jarigen, het ook wel eens zonder condoom gedaan. De meesten geven aan dat ze de pil gebruiken of vaste verkering hebben en daarom geen condoom gebruiken. Loon op Zand scoort iets gunstiger dan de regio (6%)

Er zijn aanwijzingen dat het onveilige vrijgedrag in Nederland toeneemt. Ook gebruiken Nederlandse scholieren minder vaak condooms dan scholieren uit andere Europese landen. Daarentegen gebruiken Nederlandse jongeren wel vaker andere vormen van anticonceptie.

#### *Drugs*

Van de jongeren in de regio Hart voor Brabant geeft 5% van de ondervraagden aan recent (afgelopen vier weken) marihuana (wiet) of hasj gebruikt te hebben. In Loon op Zand is dit 4%. Ook het percentage jongeren dat in de afgelopen vier weken harddrugs gebruikt heeft is 0,3%.

Van de volwassenen in de regio heeft 3% in de afgelopen vier weken softdrugs gebruikt. In Loon op Zand is dit 1%. Gemiddeld in de regio heeft 5% ooit in zijn leven wel eens harddrugs gebruikt (lifetime gebruik), in Loon op Zand is dit 3%.

#### **Gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen**

Het gebruik van zorg en welzijnsvoorzieningen is in kaart gebracht door te informeren naar recent huisarts- en specialistenbezoek.





Tabel: gebruik zorg- en welzijnsvoorzieningen

	Regio HVB	Loon op Zand
Huisartscontact afgelopen 2 maanden (19-64 jaar)	34	35
(65-plus)	55	56
Contact medisch specialist afgelopen jaar (19-64 jaar)	33	32
(65-plus)	60	66

*Huisarts- en specialistenbezoek*

Het bezoeken van een huisarts neemt toe naarmate de leeftijd vordert. Daarbij gaan bij de volwassen vrouwen vaker naar de huisarts dan mannen (ongeveer 1.5 keer zo vaak) en is het percentage mensen met een chronische aandoening dat de huisarts bezoekt anderhalf keer groter dan het percentage gezonde mensen. Uit de volwassenenenquête blijkt dat ruim 34% van de ondervraagden in de regio Hart voor Brabant voor zichzelf in de twee maanden voorafgaand aan het onderzoek contact heeft gehad met de huisarts. Loon op Zand zit met 35% rond het gemiddelde. Het percentage volwassenen in de regio dat een medisch specialist heeft bezocht in de afgelopen twaalf maanden is 33%. Ook hierin wijkt Loon op Zand niet af van het gemiddelde (32%). Bij de 65-plussers is het percentage dat een medisch specialist heeft bezocht in het afgelopen jaar 60%. Met 66% scoort deze groep opnieuw ongunstiger ten opzichte van de regio.



## Bijlage 4 Genodigden en aanwezigen bij discussiegroep Gezondheid telt!

Frans van der Dries	-OBS den Bussel Kaatsheuvel, adjunct-directeur
Lia Vorstenbosch	- KBO Loon op Zand, ondersteuningsgroep ouderen
Ellen Meeuwissen	- OBS De Touwladder Kaatsheuvel, adjunct-directeur
Maaïke van Gullik	- Juvans, maatschappelijk werkster
Hans van Ierland	- Casade, wijkmeester wijkteam Oost
Wil Adriaanse	- Casade, wijkmeester wijkteam West
Wim Kools	- huisarts Loon op Zand
Vincent Vermeulen	- fysiotherapeut Loon op Zand
Rina Koomen	- Juvans, maatschappelijk werkster
Jan Verstijnen	- KBO de Moer
Wil Ligtenberg	- gemeente Loon op Zand, wethouder
Kim Vesters	- gemeente Loon op Zand, beleidsmedewerker

### gespreksleiders

Iris Verdooren	- GGD, functionaris Gezondheidsbeleid
Miek van den Ham	- GGD, functionaris Gezondheidsbeleid

---

