



Gezondheid Dichtbij In Heerhugowaard

Kadernota Lokaal gezondheidsbeleid

2012-2016



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Inleiding	5
Landelijke nota kort samengevat	5
Wijziging WPG	5
Doelstellingen, acties, resultaten	6
Terugblik vorige kadernota en activiteitenplan “Dichtbij huis gezond leven”	6
Effecten en bereik	7
Regionaal advies gemeentelijke gezondheidsbeleid 2011.....	8
Gezondheid in Noord Holland Noord	8
Het gemeentelijke Gezondheidsprofiel: probleemanalyse.....	10
Cijfers en metingen	10
Hoe gezond is Heerhugowaard?	10
Gewicht, voeding en beweging	11
Alcohol, Roken, Drugs	11
Psychische gezondheid.....	12
Preventie en zorg.....	12
Welke kaders bepalen het gemeentelijk gezondheidsbeleid in Heerhugowaard?.....	13
Doelgroepen.....	13
Speerpunten.....	13
Alcohol, Roken, andere Drugs	13
Sport, Bewegen en Gezondheid	14
Psychische gezondheid.....	14
Overige aandachtspunten.....	14
Randvoorwaarden	14
Hoofdstuk 5: Financiële kaders	17
Bundeling van budgetten: WMO.....	17
2013:.....	17
Meerjaren.....	17

Samenvatting

Deze kadernota geeft richting aan het volksgezondheidsbeleid van de gemeente Heerhugowaard voor de jaren 2012 tot en met 2016. Met de landelijke nota van het ministerie van VWS, het gezondheidsprofiel van Heerhugowaard en het regionaal beleidsadvies van de GGD Hollands Noorden in de hand, is gekomen tot de volgende kaders:

Speerpunten:

De landelijke speerpunten zijn roken, alcohol, overgewicht, diabetes en psychische gezondheid. Deze speerpunten zullen lokaal in drie uitvoeringsprogramma's worden ondergebracht:

- Alcohol, Roken en andere drugs;
- Sport, bewegen en gezondheid;
- Psychische gezondheid.

Aandacht voor seksualiteit bij jongeren om veilig vrijen te stimuleren en SOA's en tienerzwangerschappen te voorkomen kan worden opgenomen vanaf 2014.

Weerbaarheid en bewegen zijn de twee thema's waarlangs de speerpunten worden aangepakt.

Doelgroepen:

Eigenlijk zijn alle burgers doelgroep van het lokaal gezondheidsbeleid. Extra inzetten op de doelgroep jeugd en ouderen is gerechtvaardigd. Waar mogelijk kan aandacht worden gegeven aan mensen met een lage sociaal economische status. Dit mag echter nooit stigmatiserend zijn.

Randvoorwaarden:

Integraal vorm geven van beleid: op de 4 gebieden die belangrijk zijn in gezondheidsbevordering: signaleren, educatie, omgeving en beleid.

Intersectoraal vormgeven van beleid: in samenhang met bijvoorbeeld sportbeleid, SRO, welzijn en WMO.

Contacten met de eerste lijn: In ieder uitvoeringsprogramma zal de combinatie met de eerstelijnszorgverleners worden beschreven.

Interventie keuze: Waar mogelijk met evidence based programma's werken, maar ruimte houden voor een afwijkend experiment.

Samenwerken: de mogelijkheden voor regionale samenwerking en publiek-private samenwerking zullen expliciet worden beschreven in de afzonderlijke uitvoeringsprogramma's.

Financiën:

uitvoeringsprogramma	2013	2014	2015	2016
Sport Bewegen en Gezondheid (alleen onderdeel beweeg programma's)	€ 56.000	€ 56.000	€ 56.000	€ 56.000
Alcohol, roken en andere drugs (op basis van € 0,50 cent per inwoner)	€ 26.000	€ 26.000	€ 26.000	€ 26.000
Eenzaamheid en psychische gezondheid	€ 35.000	€ 35.000	€ 35.000	€ 35.000
Overige aandachtspunten (Jongeren en seksualiteit)		€ 19.000	€ 19.000	€ 19.000
totaal	€ 117.000	€ 136.000	€ 136.000	€ 136.000

Inleiding

Landelijke nota kort samengevat

Minister Schippers continueert in de nieuwe landelijke nota "Gezondheid dichtbij" (mei 2011) de inzet op vijf speerpunten uit de vorige landelijke nota Volksgezondheid "Dichtbij huis gezond leven". Deze speerpunten, roken, diabetes, depressie, overmatig alcoholgebruik en overgewicht, blijven een bedreiging voor onze volksgezondheid. Vele mensen worden ziek of overlijden jaarlijks aan de gevolgen van een ongezonde leefstijl (roken, alcoholgebruik, overgewicht door onvoldoende bewegen) of psychische klachten. Het accent ligt landelijk op bewegen, omdat dat verbonden is met zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid.

In de landelijke nota wordt het thema Volksgezondheid voor de komende jaren uitgewerkt in drie thema's.

1. De minister wil het vertrouwen in gezondheidsbescherming bij de burger vasthouden door er voor te zorgen dat er heldere wet- en regelgeving en toezicht op de handhaving bestaat voor die risicofactoren voor gezondheid, die de burger niet zelf kan beïnvloeden (denk aan kwaliteit van drinkwater of schone lucht)
2. De minister wil graag inzetten op "Zorg en sport in de buurt". Gezondheid bevorderen door snelle signalering van gezondheidsrisico's en inzetten van effectieve interventies. Samenwerken tussen zorgverleners en welzijn en door het verbinden van partijen en het bundelen van budgetten van zorgverzekeraar en AWBZ en WMO.
3. Zelf beslissen over gezonde leefstijl, maar wel moet "de gezonde keus de makkelijke keus" worden als het aan de overheid ligt. Daarom is samenwerken nodig met diverse partijen, publiek en privaat meten samen aan de slag! De minister benadrukt dat de gezonde leefstijl een keus is van ieder individu. U bent zelf verantwoordelijk voor uw gezonde leefstijl keuzes, daar kan de overheid niets aan doen. Wel kan de overheid informeren over de gevolgen van ongezond gedrag en ongezond gedrag "lastig" maken en gezond gedrag stimuleren onder meer door het beïnvloeden van de omgeving. Dit is een "opdracht" die betrokkenheid vraagt van diverse sectoren en ministeries. De minister benoemt de jeugd als belangrijke doelgroep: zij zijn nog relatief makkelijk te beïnvloeden en te bereiken als het gaat om gezonde leefstijl.

Wijziging WPG

In de afgelopen jaren zijn er twee belangrijke wijzigingen doorgevoerd in de Wet Publieke Gezondheid. De ene betreft artikel 5a: de gemeenten worden ook verantwoordelijk voor de ouderen gezondheid zorg zoals zij dat ook zijn voor de jeugdgezondheidszorg. De tweede wijziging die is doorgevoerd betreft de combinatie tussen veiligheid en publieke gezondheid in geval van een uitbraak van een infectieziekte van het type A. Aangeraden wordt de expertise aangaande infectieziekten toe te voegen aan de veiligheidsregio door de directeur van de GGD te laten treden tot de directie van de GHOR, onderdeel van de Veiligheidsregio. De uitbraak van infectieziekten kan een ontwrichtend effect hebben op de maatschappij. Hierom wordt geregeld geoefend met uitbraken van een pandemie. De acties die gedaan zijn om te komen tot effectieve bestrijding van de Mexicaanse griep zijn hiervan een voorbeeld.

Doelstellingen, acties, resultaten

De landelijke nota stelt zichzelf geen concrete doelstellingen en acties. Die worden verwacht in de regionale en lokale vertaling van de landelijke nota. Maar voor dat we daar naar kijken blikken we eerst terug op de vorige kadernota.

Terugblik vorige kadernota en activiteitenplan “Dichtbij huis gezond leven”

In het kader van “Dichtbij huis Gezond leven” zijn drie uitvoeringsprogramma’s ontwikkeld om de speerpunten alcohol, depressie en overgewicht aan te pakken. Voor wat betreft het landelijke speerpunt “roken” is gekozen om geen lokale inzet te plegen maar aan te haken bij de landelijke campagnes van STIVORO. Het landelijke speerpunt “diabetes” is opgenomen in het uitvoeringsprogramma bewegen, omdat overgewicht en diabetes een sterke relatie hebben.

1. Alcohol en Jeugd: Naar een nuchter Noord Kennemerland
2. Depressie preventie: Ik zal niet in de put vallen
3. Bewegen: Heerhugowaard actief

Voor de concrete resultaten van deze uitvoeringsprogramma verwijs ik u graag naar de diverse jaarverslagen en factsheets¹. Daarin kunt u lezen hoeveel personen hebben deelgenomen aan de interventies en hoe vaak deze zijn uitgevoerd, op welke scholen etc. De evaluatie verslagen van 2011 zijn nog niet beschikbaar.

1. Interventies uit de uitvoeringsprogramma’s die de aandacht trokken:

Bewegen:

- Heerhugowaard beweegt: 30 minuten bewegen
- GALM + : drie tranches beweegstimulering voor ouderen
- Denken en Doen: bridgen en bewegen (zie ook: depressie preventie)
- Noord Hollandse gemeenten op Gezond Gewicht

Alcohol:

- Lancering website en promotiemateriaal “Mam mag ik ook een glaasje”
- Avond vol informatie en discussie voor paracommerciële horeca (sportverenigingen)
- Alcohol Verkeer Cursus voor beginnend bestuurders (m.m.v. Stichting Basement)
- Regionale ouderavond in de raadzaal m.m.v. theatergroep PlayBack

Depressiepreventie:

- Liever bewegen dan moe, In de put uit de put en Lichte dagen, donkere dagen zijn uitgevoerd
- Gastlessen: Informatie op MBO en VO over depressie bij jongeren
- Training en signalering voor docenten van het MBO om leerlingen met depressieve klachten te herkennen.
- Denken en Doen: bridgen en bewegen (zie ook: bewegen)

¹ Toevoegen in de bijlagen en benoemen

Effecten en bereik

Gezondheidspreventie gaat om aanleren van een gezonde leefstijl, om gedragsverandering. Het gaat om lange termijn effecten. Denk aan de jaren 70 toen het bijzonder ongestavrij was om geen glaasje sigaretten op tafel te hebben staan op een verjaardag, terwijl roken nu zo “not done” is dat rokers veelal buiten staan. Dit heeft een aantal generaties gekost, maar dat roken ongezond is weet nu vrijwel elke puber.

Bewijzen dat de ingezette interventies ook echt hebben geleid tot gezondheidswinst, is op de korte termijn van één beleidsperiode niet altijd haalbaar. Preventie is een zaak van lange adem en vaak zijn er, in de complexe werkelijkheid, ook andere factoren dan de interventie van invloed. Als alternatief voor en om toch een indruk te krijgen van de mogelijke effecten kunnen gezondheidsmonitors worden gebruikt en meer korte termijn uitkomsten zoals het bereik van een interventie en de effecten op kennis, attitude en de intentie tot gedragsverandering. Bij de keuze van een interventie is het wel zaak om zoveel mogelijk te kiezen voor een ‘evidence based’ interventie waarvan de effecten in een meer gecontroleerde setting zijn aangetoond. Ook is er meer kans op succes van de interventie wanneer deze integraal wordt uitgevoerd, dus zo veel mogelijk op alle vier de niveaus van effectieve gezondheidsbevordering: signalering, educatie, omgeving en beleid.

In de uitvoeringsprogramma’s zal uitgebreid worden ingegaan op bereik en bereikte effecten van de ingezette interventies. Als voorbeeld hieronder enige concrete resultaten van het alcoholmatigingsbeleid.

- De leeftijd waarop jongeren starten met drinken is gestegen van 12,8 jaar (in 2009) naar 13,5 jaar (in 2011)
- Het percentage jongeren onder de 16 jaar dat ooit alcohol heeft gedronken is gedaald van 55% (in 2009) naar minder dan 40% (in 2011)
- Het actuele alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar is gedaald van 40% (in 2009) naar minder dan 30% (in 2011)
- Het overmatige alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar is gedaald van 28% (in 2009) naar minder dan 20% (in 2011)
- Het percentage jongeren onder de 16 jaar dat de afgelopen maand dronken is geweest is gedaald van 17% (in 2009) naar minder dan 10% (in 2011)
- De naleving van de leeftijdsgrens voor het verbod op alcoholverkoop onder de 16 jaar in supermarkten, cafés/discotheken, cafetaria’s en sportkantines) is gestegen naar 60% (in 2011) en in slijterijen is deze naleving gestegen naar 90% (in 2011)
- De leeftijd waarop jongeren in Noord-Holland Noord starten met drinken is met een half jaar gestegen van 12 jaar en 2 maanden in 2005 naar 12 jaar en 8 maanden in 2009.
- Het aantal jongeren van 12-19 jaar dat overmatig alcohol² drinkt in Noord-Holland Noord is gedaald van 45% in 2005 naar 37% in 2009. In Heerhugowaard drinkt 30% van de jongeren overmatig alcohol. Vooral jongeren onder de 16 jaar zijn minder gaan drinken (van 39% overmatig alcoholgebruik naar 28%).

² Overmatig alcoholgebruik is voor jongeren vijf of meer glazen alcoholhoudende drank tijdens minimaal één gelegenheid in de afgelopen vier weken.

Regionaal advies gemeentelijke gezondheidsbeleid 2011

Gezondheid in Noord Holland Noord

Het regionaal advies start met een samenvatting van de landelijke nota en een terugblik op de beleidsperiode 2007-2011. Omdat het regionale advies bij deze kadernota gaat als bijlage kunt u daar zelf kennis van nemen.

In hoofdstuk 4 volgt een samenvatting van het regionale gezondheidsprofiel. Daaruit volgen een aantal aanbevelingen. Deze zijn ook belangrijk bij het bepalen van het lokale kader. Voor het bepalen van de **doelgroep** bijvoorbeeld: het aantal ouderen groeit, het aantal jongeren daalt. Het is belangrijk om in aanvulling op de landelijke nota waarin de doelgroep Jeugd wordt benoemd, in Noord Holland Noord ook in te zetten op de doelgroep ouderen. Juist ook omdat ouderen meer last hebben van chronische aandoeningen aan het bewegingsapparaat en hart en vaat aandoeningen.

Voor het bepalen van de **speerpunten** is belangrijk dat op Noord Holland Noord niveau 4 op de 10 mensen één of meer psychische of psychosociale problemen ervaren. Hyperactiviteit onder jongeren en depressieve klachten en eenzaamheid onder volwassenen en ouderen scoren het hoogst en vragen om aandacht.

De **Leefstijl** factoren zijn voor verbetering vatbaar en inzetten op vermindering van alcoholgebruik bij jong en oud, stoppen met roken, voorkomen van overgewicht en mensen meer verleiden tot bewegen wordt geadviseerd op Noord Holland Noord niveau evenals op landelijk en lokaal niveau.

Opmerkelijk is het grote aantal jongeren in Noord Holland Noord dat onveilige seks heeft en daardoor meer risico loopt op seksueel overdraagbare aandoeningen als chlamydia. Niet altijd vrijen met een condoom geldt voor 46% van de seksueel actieve jongeren in Noord Holland Noord. Landelijk geldt dit voor maar 20% van de jongeren.

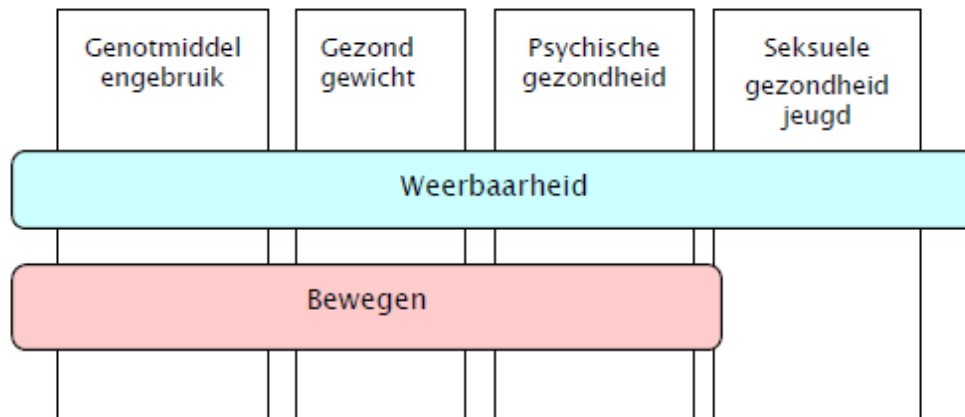
Omgevingsfactoren kunnen een rol spelen bij gezondheid: ernstige geluidshinder ervaren kan bijvoorbeeld stress opleveren. Voldoende openbaar groen in de omgeving betekent mogelijkheden tot bewegen in de buitenlucht.

In de landelijke nota wordt gesproken over sociaal economische gezondheidsverschillen. Ook in het regionaal advies komt de GGD hierop terug. Mensen met een lage sociaal economische status worden minder oud (de levensverwachting is 7,3 (mannen) en 6,4 (vrouwen) jaar korter) en hebben meer last van chronische aandoeningen. Lager opgeleiden leven ongezonder: er wordt meer alcohol gebruikt, vaker gerookt en meer mensen hebben overgewicht. De verschillen per gemeenten worden aangegeven en we zullen in het volgende hoofdstuk zien hoe dat voor Heerhugowaard uitpakt.

In het regionale advies worden beleidsuitgangspunten en regionale aanbevelingen gedaan.

De GGD pleit voor een structurele en integrale aanpak: dezelfde speerpunten aandacht blijven geven als in de vorige beleidsperiode en zoveel mogelijk inzetten op de 4 niveaus van gezondheidsbevordering: signaleren, educatie, fysieke en sociale omgeving en beleid. Samenwerken met andere gemeenten om bijvoorbeeld samen naar de zorgverzekeraar te stappen en intersectorale samenwerking door andere sectoren binnen de gemeente te betrekken (voor de indeling van de openbare ruimte bijvoorbeeld), zijn andere beleidsuitgangspunten.

De aanbevelingen die in het regionaal advies zijn opgenomen gaan over weerbaarheid en bewegen. Alle speerpunten (genotmiddelengebruik, gezond gewicht, psychische gezondheid en seksuele gezondheid bij de jeugd) kunnen langs de weg van vergroten van weerbaarheid dan wel door bewegen worden aangepakt.



Het regionaal advies bepleit in te zetten op de doelgroep jeugd, omdat deze groep de meeste winst te behalen is als zij gezonder gaan leven. Onder het motto “jong geleerd is oud gedaan” is gezondheidseducatie en inzetten op het aanleren van een gezonde leefstijl voor deze doelgroep het meest effectief. De ouders (volwassenen) en de ouderen hebben echter ook baat bij gezonder leven. Met name preventieve interventies voor de doelgroep “lage SES” is zinvol en kan veel gezondheidswinst opleveren³.

³ Zie bijlage bij deze nota met informatie over de doelgroep ‘Lage SES’

Het gemeentelijke Gezondheidsprofiel: probleemanalyse

Cijfers en metingen

De afdeling epidemiologie van de GGD Hollands Noorden monitort de gezondheidssituatie van de inwoners van iedere gemeente in Noord-Holland Noord. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van verschillende bronnen, zoals gezondheidsenquêtes die de GGD met een cyclus van 4 jaar voor de gemeenten in Noord Holland Noord uitvoert, maar ook van zorgregistraties en gegevens van het CBS en het RIVM. De vierjaarlijkse gezondheidsenquêtes geven een goed beeld van de ervaren gezondheid en de leefstijl van de bevolking in vier leeftijdscategorieën: 0-12 jaar , 12-19 jaar, 19-65 jaar en 65 jaar en ouder. Voor de jongsten onder ons ontvangen de ouders een vragenlijst met het verzoek deze voor hun kinderen in te vullen. De jongeren worden bevraagd via een digitale vragenlijst. Dit genoemde EMOVO onderzoek wordt gedaan bij kinderen in klas 2 en 4 van het Voortgezet Onderwijs. Zij vullen zelf hun vragen lijst in en ontvangen voorlichting op maat op hun gezondheidsprofiel. Ook worden de gegevens door scholen gebruikt voor hun schoolgezondheidsbeleid.

Eens in de vier jaar zo'n gezondheidsenquête voor iedere leeftijdsgroep is voldoende om de belangrijkste trends te monitoren en (nieuwe) ontwikkelingen te signaleren. Meer is niet nodig. Iedere GGD had voorheen zijn eigen cyclus en methoden van onderzoek, waardoor gemeentelijke en regionale cijfers niet altijd goed vergelijkbaar zijn met landelijke cijfers. Daarom is er op verzoek van VWS een harmonisatietraject gestart. Gevolg daarvan is dat de volwassenen en de ouderen gezondheidsenquête nu tegelijk wordt afgenomen in het land. Voor onze regio betekent dit dat de cijfers over volwassenen en ouderen die in het gemeentelijk profiel zijn opgenomen dateren van het onderzoek 2006-2007.

De nieuwe cijfers voor volwassenen en ouderen worden verwacht in 2013 (midden in de beleidsperiode). De cijfers van de 0-12 jarigen worden na de zomer 2012 verwacht. Deze cijfers zullen aan u ter beschikking worden gesteld. De verwachting is dat deze cijfers niet een zodanig afwijkend beeld zullen geven dat het kader voor lokaal gezondheidsbeleid moet worden aangepast. De cijfers van de 0-12 jarigen kunnen worden meegenomen in de uitvoeringsprogramma's die na de zomer worden ontwikkeld. Als de cijfers van de ouderen en volwassenen enquête in 2013 aanleiding geven tot wijzigingen van de uitvoeringsprogramma's of het kader dan zult u daar over worden ingelicht. Nogmaals de verwachting is dat dit niet nodig zal zijn.

Hoe gezond is Heerhugowaard?

De burgers in Heerhugowaard zijn over het algemeen niet ongezonder dan regionaal of landelijk. De levensverwachting is iets lager in Heerhugowaard, maar een verklaring is daar eigenlijk niet voor. De sterfte aan de belangrijkste doodsoorzaken kanker en hart- en vaatziekten zijn in Heerhugowaard niet anders dan landelijk, respectievelijk 23,2 en 21,2 sterfgevallen per 10.000 inwoners per jaar in Heerhugowaard.

Misschien is wel belangrijker hoe men zijn gezondheid ervaart. Deze kwaliteit van leven bestaat uit een optelsom van psychische, lichamelijke en sociale factoren. Door alle leeftijden heen ervaart zo'n 21-32 % van de mensen een lagere lichamelijke en/of psychische kwaliteit van leven. Dit kan te maken hebben met het hebben van één of meer chronische aandoeningen. 23.000 mensen in

Heerhugowaard hebben last van chronische aandoeningen. Het percentage is onder ouderen het hoogst. Dan gaat het vooral om klachten als hart- en vaatziekten en klachten van het bewegingsapparaat. Diabetes komt bij 14% van de ouderen (65 jaar) voor en onder volwassenen (19-65 jaar) is dat 3%.

In 2010 was de meest gemelde infectieziekte in Noord-Holland Noord hepatitis B (8,4 per 100.000 inwoners), gevolgd door kinkhoest (7,2) en tuberculose (6,2). Q koorts en ziekte van Lyme komen in onze regio iets minder vaak voor dan landelijk. Chlamydia is de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoening (12% van de soa-spreekuur bezoekers).

Meer cijfers over gezondheid en bevolkingssamenstelling staan in het Gezondheidsprofiel van de gemeente Heerhugowaard, opgesteld door de afdeling epidemiologie van GGD Hollands Noorden.

Gewicht, voeding en beweging

Ruim 17.000 volwassenen (46%) in Heerhugowaard zijn te zwaar, waarvan 10% (ernstig) overgewicht of obesitas heeft. Zij lopen daarmee risico op allerlei (chronische) ziekten en klachten als diabetes en gewrichtsklachten. Dit cijfer wijkt niet af van landelijk, maar het is een groot probleem. Ook onder kinderen en jongeren komt overgewicht veel voor: bijna één op de zes kinderen heeft overgewicht. Onder de jeugd van 4-16 jaar is dat 16%. Kinderen in de leeftijd van 8-12 jaar heeft 20 % overgewicht en 4,2 % obesitas.

Ondergewicht komt ook voor en is ook een probleem. In Heerhugowaard gaat het om 11 % van de kinderen. Het lichaam van iemand met ondergewicht functioneert niet goed en dit geeft lichamelijk en psychische klachten.

Er wordt in onze gemeente minder vaak borstvoeding gegeven aan baby's. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat kinderen die borstvoeding kregen, overgewicht minder vaak voorkomt. Na zes maanden krijgt nog maar 12 % van de baby's borstvoeding. Landelijk is dat 16%.

De meerderheid van de jongeren (72%) is lid van een sportvereniging, maar er wordt door veel jongeren en ouderen onvoldoende bewogen. 20.000 mensen in Heerhugowaard voldoen niet aan de NNGB en bijna één op de vijf gaat zonder ontbijt van huis. Er wordt door slechts 28% voldoende fruit en groenten gegeten. Onder jongeren wordt de fruitnorm niet goed nageleefd: 83% eet minder dan 2 stuks fruit per dag.

Alcohol, Roken, Drugs

In Noord-Holland Noord wordt relatief veel alcohol gebruikt. Er is daarom de afgelopen jaren intensief ingezet op alcoholmatiging onder jongeren. Bij jongeren tot 16 jaar is er sprake van een daling en de leeftijd waarop men voor het eerst drinkt is met een half jaar gestegen. Maar het blijft een probleem dat ruim 30% van de jongeren overmatig alcohol gebruikt. Volwassenen en ouderen zijn vaak onverantwoorde drinkers (drinken op meer dan 5 dagen per week alcohol waardoor het risico op verslaving toeneemt). Een op de drie volwassenen is een onverantwoorde drinker. Onder ouderen is dit percentage nog hoger: 50% in sommige wijken. Het aantal aan alcohol verslaafde personen dat zich bij de instelling voor verslavingszorg heeft gemeld is met 40% toegenomen.

Roken is minder populair geworden de laatste jaren. In Heerhugowaard rookt nog een kwart van de volwassenen. Van de jongeren tot 19 jaar rookt nog altijd één op de tien. Als men eenmaal rookt is

de stap naar blowen kleiner. 5% van de jongeren heeft wel eens cannabis gebruikt. Het aantal mensen dat zich bij de instelling voor verslavingszorg heeft gemeld voor verslaving aan softdrugs is de laatste jaren meer dan verdubbeld.

Psychische gezondheid

Psychische ongezondheid kent vele varianten: depressie, eenzaamheid, emotionele of gedragsproblemen, angst. Eén op de zes mensen in Heerhugowaard ouder dan 12 jaar voelt zich psychisch ongezond. 13.000 mensen voelen zich eenzaam of ernstig eenzaam (27%+7,8%). Dat is veel, maar het cijfer wijkt maar weinig af ten opzichte van Noord Holland Noord (36%).

Er is door de GGD uitgebreid onderzoek gedaan (naar aanleiding van berichten in de media) naar zelfdoding. 19% van de jongeren tussen 12-19 jaar en 3,6 % van de ouderen heeft wel eens gedacht over zelfdoding. Heerhugowaard wijkt hierin niet af van de andere gemeenten in Noord Holland Noord. In de periode 1998-2008 waren er jaarlijks 6,9 sterfgevallen door zelfdoding in Heerhugowaard (landelijk 9,2). De cijfers zijn te laag om een goede vergelijking te kunnen maken.

Preventie en zorg

Andere aandachtspunten uit het gezondheidsprofiel van onze gemeente:

- Gezien de vergrijzing die in Heerhugowaard aanstaande is, is het goed aandacht te hebben voor de eerstelijns zorgverleners. De huisartsendichtheid is in Heerhugowaard lager (2460 inwoners per fte huisarts) dan in Noord Holland Noord (2340 inw.) of landelijk (2350 inw.). De gemiddelde afstand tot aan de huisartsenpraktijk is 0.9 km. Dit cijfer is vergelijkbaar met landelijk, maar de afstand tot aan de huisartsenpost is wel wat langer (8.7 km) dan landelijk (6.0 km).
- 2% van de inwoners boven de 65 jaar heeft een ongeval gehad waarvoor medische behandeling nodig was. Een derde van deze ongevallen vindt in of om het huis plaats. Jaarlijks vallen veel ouderen die daar in sommige gevallen blijvende schade aan over houden.
- Er wordt door de Heerhugowaardse burger minder gebruik gemaakt van huisarts en fysiotherapeut dan landelijk. En ook minder van de medisch specialist. Er is wel meer gebruik gemaakt van maatschappelijk werk (9.5%) en geestelijke gezondheidszorg (4%). Landelijk is dat 6.5% en 4%.
- In Heerhugowaard zijn minder OGGZ meldingen gedaan (15 meldingen per 10.000 inwoners, regionaal is dat 22) maar er is meer gebruik gemaakt van schuldhulpverlening (12 per 10.000 inwoners, regionaal 4,7).

Welke kaders bepalen het gemeentelijk gezondheidsbeleid in Heerhugowaard?

Doelgroepen

Heerhugowaard is een jonge gemeente. Door de nieuwbouwwijken vestigen zich nog steeds jonge gezinnen in Heerhugowaard. In de landelijke en regionale nota wordt aangegeven dat inzetten op de **doelgroep Jeugd** (4-19 jaar) waar het leefstijlinterventies betreft, zinvol is.

De explosieve groei van de gemeente vanaf de jaren 70, maakt ook dat grote groepen tegelijk de komende 10-15 jaar de 65 jarige leeftijd bereiken. De bevolking in Heerhugowaard vergrijst in hoger tempo dan de omliggende dorpen en steden. Aandacht voor preventieve volksgezondheid voor de **doelgroep ouderen (>65 jaar)** is in Heerhugowaard dus (extra) belangrijk.

De bevolking van Heerhugowaard is lager opgeleid dan elders in Nederland. Dat maakt dat de bevolking gevoelig is voor de **sociaal economische gezondheidsverschillen**⁴. Preventie aanbod in Heerhugowaard moet waar mogelijk gericht zijn op het verkleinen van deze verschillen. Er mag echter niet stigmatiserend naar deze doelgroep worden opgetreden.

Speerpunten

In navolging van de landelijke nota en het regionaal advies zou het kader in Heerhugowaard moeten worden bepaald door de speerpunten die ook in de vorige nota een belangrijke rol speelden: genotmiddelengebruik, psychische gezondheid en sport en bewegen. Daarmee wordt structureel ingezet op deze speerpunten en hierdoor wordt bereikt dat men meer kennis krijgt van de gezonde leefstijl elementen. Hoe meer kennis men heeft van de gezonde leefstijl, hoe groter de kans dat men deze daadwerkelijk leeft.

Alcohol, Roken, andere Drugs

Zowel in Heerhugowaard als in de andere gemeenten in Noord-Holland Noord hebben de afgelopen jaren verschillende activiteiten plaatsgevonden op het gebied van alcoholmatiging onder de jeugd. Uit het E-MOVO onderzoek dat de GGD in 2009 heeft uitgevoerd, blijkt dat het alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar fors is afgenomen. Hoewel er geen causaal verband aangetoond kan worden tussen de activiteiten en de daling in het alcoholgebruik lijkt het er op dat de regionale en lokale activiteiten, ondersteund door de landelijke aandacht, hun vruchten afwerpen.

Toch heeft nog steeds ruim de helft van de jongeren onder de 16 jaar in Noord-Holland Noord al eens alcohol gedronken. Daarnaast blijkt uit het E-MOVO onderzoek dat de afname in alcoholgebruik onder jongeren van 16 jaar en ouder gering is. Voortzetting van goed werkende activiteiten voor jongeren onder de 16 jaar en intensivering van activiteiten voor jongeren van 16 jaar en ouder is daarom zeer wenselijk. Jongeren van 16 jaar en ouder kunnen onder andere via het MBO bereikt worden. Binnen de preventieactiviteiten gericht op het onderwijs is het goed mogelijk om de onderwerpen alcohol, roken en andere drugs te combineren.

⁴ Zie de bijlage met informatie over de doelgroep `Lage SES`

Sport, Bewegen en Gezondheid

De afgelopen periode is in Heerhugowaard fors ingezet op het stimuleren van bewegen en sporten onder de jeugd en onder de doelgroep ouderen. Alle ouderen zijn opgeroepen voor een fittest en een beweegstimuleringsprogramma (GALM +). De jeugd (4-19 jaar) worden door het sportbuurtwerk benaderd en op school (VMBO) door een van de combinatiefunctionarissen.

Blijven inzetten op sport, bewegen en gezondheid levert minder mensen op met overgewicht en lichamelijke klachten als hart en vaat ziekten. Bewegen werkt door op een positieve manier op de psychische gezondheid en voorkomt depressie, eenzaamheid.

Psychische gezondheid

In de regio is de afgelopen jaren ingezet op een cursusaanbod voor mensen die zich eenzaam voelen of depressieve klachten hebben. Dit preventieve cursusaanbod, uitgevoerd door de Wering en GGZ NHN, heeft een moeilijke start gehad. De bekendheid creëren onder de doelgroep en verwijzers was lastig. De betrokkenen voelen zich niet altijd aangesproken en verwijzers verwijzen niet altijd door naar dit groepsaanbod. In 2012 hebben we de mogelijkheid gekregen om met subsidie van ZONMW nadrukkelijk te kijken naar het verbeteren van de samenwerking met verwijzers: huisartsen (via de Praktijkondersteuners GGZ), de thuiszorg en consulenten van Wonen plus. Afhankelijk van de resultaten van dit onderzoek wordt het uitvoeringsprogramma "Psychische gezondheid" opgesteld.

Overige aandachtspunten

Seksueel overdraagbare aandoeningen en onveilig vrijen (zonder condoom), vooral door jongeren is een probleem op Noord Holland Noord niveau waar we aandacht voor moeten hebben. Dit zou regionaal opgepakt kunnen worden. Wat daarvoor de beste manier is zal worden uitgewerkt in het uitvoeringsprogramma.

Lokaal zal de werkwijze die regionaal wordt geadviseerd worden overgenomen. Dat betekent dat langs twee lijnen wordt ingezet op het aanpakken van de speerpunten: weerbaarheid vergroten en sport en bewegen.

Randvoorwaarden

Collectieve preventie en de eerste lijn

De samenwerking met de eerstelijns zorgverleners is belangrijk, omdat een deel van de mensen die verhoogd risico lopen door deze verwijzers kan worden gesignaleerd. Als iemand bij de huisarts komt met klachten aan het bewegingsapparaat, kan de huisarts iemand doorverwijzen naar een beweegstimuleringsprogramma in verband met zijn/haar overgewicht. De praktijkondersteuner GGZ die in de komende periode aan 70 huisartspraktijken wordt toegevoegd kan goed gebruik maken van het preventieve cursusaanbod voor mensen met spanningsklachten, depressie en eenzaamheid. De gemeente is verantwoordelijk voor het aanbod collectieve preventie, maar de eerstelijns kan een belangrijke signaaleerder zijn. Samenwerken loont! In de uitvoeringsprogramma's zal aandacht worden besteed aan de manier waarop deze samenwerking vorm krijgt per thema.

Koppeling andere beleidsterreinen: Intersectoraal

Intersectoraal werken maakt beleid sterker, ook volksgezondheidsbeleid. Interventies inzetten om overgewicht te voorkomen als tegelijk de route naar de sportverenigingen of school te onveilig is om te fietsen is water naar de zee dragen. Ouderen stimuleren om 30 minuten per dag te bewegen,

maar tegelijk geen voetpaden hebben die geschikt zijn voor gebruik van een rollator is onlogisch. De omgeving moet dus beweegvriendelijk zijn. Bij de planning van nieuwe wijken of herindeling van bestaande wijken moet vanzelfsprekend gekeken worden naar de inrichting op “beweegvriendelijkheid”. Dit kunnen we bereiken als het beleidsterrein WOC van de gemeente samenwerkt met het beleidsterrein Ruimtelijke Ordening. Er kan een nog grotere slag worden geslagen als daarnaast zo veel mogelijk wordt samengewerkt met de andere beleidsterreinen zoals WMO, Sport, Jeugd, Onderwijs en Veiligheid (denk aan alcoholmatiging jeugd).

Integraal: Signaleren, educatie, omgeving en beleid

Aanbevolen wordt om per speerpunt zo veel mogelijk in te zetten op alle vier de niveaus van effectieve gezondheidsbevordering, te weten: signalering, gezondheidseducatie, de fysieke en sociale omgeving en regelgeving/beleid. Het heeft immers geen zin om op scholen voorlichting over gezonde voeding te geven als in de schoolkantine vette snacks worden aangeboden.

Door middel van signalering kunnen risico's vroegtijdig worden opgespoord en kan tijdig worden doorverwezen naar preventieve interventies of hulpverlening. Gezondheidseducatie is gericht op het vergroten van kennis en bewustwording. Zowel de fysieke als de sociale omgeving kunnen gezond gedrag stimuleren. Denk bijvoorbeeld aan trapveldjes om beweging te stimuleren (fysieke omgeving) en ouders die met hun kind in gesprek gaan over alcoholgebruik (sociale omgeving). Tot slot is evident dat bijvoorbeeld landelijke wet- en regelgeving op het gebied van roken heeft bijgedragen aan de daling van het percentage rokers de afgelopen jaren.

Interventie keuze

Het CGL beheert een database met een overzicht en beoordeling van de beschikbare interventies. Interventies kunnen “evidence based” zijn. Dat betekent dat hun effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond. Maar ook interventies die het “best practice” predicaat hebben gekregen zijn in de praktijk bewezen (nog niet wetenschappelijk aangetoond, maar wel in de praktijk getoetst). De databank voor interventies bestaat voorts uit interventies die “goed beschreven” zijn, d.w.z. de methode kent een handleiding en de interventie wordt in het land op dezelfde manier uitgevoerd.

Zelf interventies ontwikkelen kan ook, maar is tijdrovend, duur en de effectiviteit vaak onbekend, omdat dit laatste vraagt om degelijk onderzoek met controlegroepen. Vaak is het als gemeente niet mogelijk om nut en noodzaak van interventies te bewijzen.

Samenwerken

Sommige speerpunten (denk aan alcohol en Jeugd en depressiepreventie) worden nu al regionaal opgepakt. Dat heeft voordelen omdat de problematiek nauwelijks anders is en het aanbod vaak specifiek voor een beperkt aantal mensen. Met elkaar kunnen we dat aanbod toch professioneel aanbieden. Regionaal samenwerken is ook een pré in gesprek met grote partijen als de zorgverzekeraar, de GGD, GGZ NHN en Zonh. Het maakt het maken afspraken efficiënter en dus goedkoper. De samenwerking zal per uitvoeringsprogramma worden beschreven.

Samenwerking tussen publieke en private partijen is in het kader van preventieve volksgezondheid ook belangrijk. Supermarkten zijn (gespreks)partner in het volksgezondheidsbeleid bijvoorbeeld als sponsor van een sportevenement (water, fruit), maar ook waar het gaat om verminderen van verleidingen (repen bij de kassa) en het handhaven van de leeftijdsgrens waarop jongeren alcohol

mogen kopen. Het zoeken naar publiek-private samenwerking zal onderdeel zijn van de uitvoeringsprogramma's en daarin ook beschreven worden.

Kaderstellend: In ieder uitvoeringsprogramma zal een beschrijving worden gegeven van de volgende elementen, zodat er controle kan worden uitgevoerd:

- ***Evaluatie van het eerdere programma***
- ***De doelgroepanalyse: jeugd, ouderen, Lage SES***
- ***De inzet van interventies***
- ***De samenwerking: intersectoraal, regionaal, publiek-privaat, de eerstelij***
- ***De kosten***
- ***De beoogde bereikbaarheidseffecten***

Hoofdstuk 5: Financiële kaders

Bundeling van budgetten: WMO

De huidige uitvoeringsprogramma's Jeugd en Alcohol, Bewegen en Depressiepreventie hebben een plek in het WMO uitvoeringsprogramma. Voor het jaar 2013, het eerste jaar van uitvoering onder de nieuwe kadernota, zijn voor de uitvoering van deze programma's optioneel de volgende bedragen opgenomen/ aangegeven in de WMO uitvoeringsagenda:

2013:

Alcohol en Jeugd: € 26.000 in de begroting voor nieuw beleid vanuit de voorjaarsnota 2012 en € 10.000 in het WMO uitvoeringsprogramma

Bewegen: € 56.000 in het WMO uitvoeringsprogramma voor beweegactiviteiten.

Depressiepreventie: € 35.000 in het WMO uitvoeringsprogramma

Meerjaren

Volksgezondheidsbeleid is een kwestie van de lange adem. Na jaren van antirook beleid en campagnes, wetgeving voor de horeca etc., hebben we nu eindelijk bereikt dat het aantal rokers afneemt, dat de maatschappelijke acceptatie van roken is verminderd, dat het niet meer "cool" is om te roken. Dat effect hebben we nog lang niet bereikt met ongezonde voeding (we zijn aardig op weg met de gezonde school en sportkantine, maar er is een lange weg te gaan), overmatig alcohol gebruik (de cijfers voor jongeren boven de 16 jaar spreken voor zich) en depressie en eenzaamheid (door de toename van het aantal ouderen zal dit een groot punt van aandacht blijven). Preventieve volksgezondheid vraagt om een structureel budget in de begroting waar binnen steeds keuzes gemaakt kunnen worden voor verdeling over de diverse speerpunten en aandachtgebieden. Het belang van preventie gaat toenemen, hier liggen kansen:

Advies:

- de komende jaren structureel, binnen het WMO uitvoeringsprogramma, posten opnemen ten behoeve van de speerpunten Volksgezondheid;
- De verdeling over de speerpunten en andere aandachtsggebieden vastleggen in de reeks van uitvoeringsprogramma's behorend bij deze kadernota;
- Verantwoording van de middelen en activiteiten kan verlopen via de cyclus van het WMO uitvoeringsprogramma.

uitvoeringsprogramma	2013	2014	2015	2016
Sport Bewegen en Gezondheid (alleen onderdeel beweeg programma's)	€ 56.000	€ 56.000	€ 56.000	€ 56.000
Alcohol, roken en andere drugs (op basis van € 0,50 cent per inwoner)	€ 26.000	€ 26.000	€ 26.000	€ 26.000
Eenzaamheid en psychische gezondheid	€ 35.000	€ 35.000	€ 35.000	€ 35.000
Overige aandachtspunten (Jongeren en seksualiteit)		€ 19.000	€ 19.000	€ 19.000
totaal	€ 117.000	€ 136.000	€ 136.000	€ 136.000

Bijlagen en geraadpleegde literatuur:

- Gezondheid Dichtbij, VWS
- Regionaal Beleidsadvies, GGD Hollands Noorden
- <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/lage-ses/bereik-effecten/>

Lage ses: Wat is het bereik en wat zijn de effecten?

Bereik

Bereik van leefstijlinterventies bij lage ses onbekend of beperkt

Het is over het algemeen niet bekend in hoeverre mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) bereikt worden door de landelijke interventieprogramma's gericht op gezondheidsbevordering van de algemene bevolking. Dit komt doordat de SES van deelnemers meestal niet geregistreerd wordt. Waarschijnlijk ligt het bereik onder lage ses groepen bij deze interventies laag. Het bereik van lokale leefstijlinterventies voor mensen met een lage ses is over het algemeen beperkt, omdat het meestal kleinschalige interventies betreft.

Met wet- en regelgeving in principe groot bereik

Met juridische maatregelen is de doelgroep lage ses in principe goed te bereiken. Verschillende wetten waaronder de Bijstandswet, de Wajong, de Wet studiefinanciering en de Zorgverzekeringswet, garanderen een financiële uitkering of financiële toegankelijkheid van voorzieningen, ook voor mensen uit lage sociaaleconomische groepen. Met Arbobeleid kunnen werkgevers hele groepen werknemers in laaggeschoolde banen bereiken. Echter, het is bekend dat ook bij regelingen speciaal bedoeld voor financiële tegemoetkoming van mensen uit groepen met een lage ses, zoals huursubsidie, bijzondere bijstand en dergelijke, er sprake is van ondergebruik.

Effectiviteit

Weinig bekend over effecten van overheidsmaatregelen om segv terug te dringen

Er is weinig bekend over de effecten van de verschillende overheidsmaatregelen op het verkleinen van segv. De meeste maatregelen zijn hierop niet of nauwelijks onderzocht (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Zo is het bijvoorbeeld niet bekend wat de effecten op ses en op gezondheid zijn van maatregelen gericht op het verbeteren van de ontwikkelkansen van kinderen in achterstandsposities of van financiële ondersteuning van arme huishoudens in Nederland (Schrijvers & Storm, 2009). Ook is er weinig bekend over gezondheidseffecten van maatregelen ter verbetering van de leefomgeving van lage ses groepen (Savelkoul et al., 2010). Wel is duidelijk dat segv hardnekkig is en dat de gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische groepen de afgelopen tien jaar niet zijn verminderd (Bruggink, 2009b). Via de Europese Unie lopen projecten waarin onderzoekers uit verschillende lidstaten, waaronder Nederland, gezamenlijk zoeken naar effectieve oplossingen voor het terugdringen van segv (Determine, 2007-2010 en Gradient, 2009-2012).

Effecten landelijke, algemene leefstijlinterventies bij lage ses groepen vaak onbekend

De effecten van landelijke, algemene leefstijlinterventies op het gezondheidsgedrag van lage ses groepen zijn meestal niet bekend. In de meeste effectevaluaties van landelijke interventies ontbreekt uitsplitsing van de effecten naar ses. Om conclusies te kunnen trekken over de bijdrage van een

interventie aan segv is het echter wel van belang ses-specifieke effectmetingen uit te voeren. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de effectevaluatie van de landelijke foliumzuurcampagne. De evaluatie toonde dat de kennis en het gedrag van lage ses vrouwen en hoge ses vrouwen in vergelijkbare mate toenam. Beide groepen gingen dus gezonder gedrag vertonen, maar het verschil tussen de groepen bleef bestaan (Van der Pal-de Bruin et al., 2000a).

(Nog) geen bewezen effectieve specifieke leefstijlinterventies voor mensen met een lage ses

Onderzoek naar de effectiviteit van leefstijlinterventies die specifiek voor mensen uit lage sociaaleconomische groepen zijn ontwikkeld, toont geen enkele bewezen effectieve interventie (Busch & Schrijvers, 2010). Enkele interventies hadden wel positieve effecten bij de doelgroep, maar de bewijskracht van de uitgevoerde effectevaluaties was te laag om te kunnen concluderen dat deze effecten het resultaat van de interventies waren. Van één interventie waren de resultaten van de effectstudie met hoge bewijslast nog niet beschikbaar. Het onderzoek betrof 18 interventies gericht op roken, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie, overgewicht en actieve leefstijl die specifiek voor de doelgroep lage ses zijn ontwikkeld én die zijn geëvalueerd op effect. Een aanzienlijk deel van het specifieke aanbod is niet op effectiviteit onderzocht. Effectieve interventies die ook, maar niet alleen aan mensen met een lage ses worden aangeboden, zijn niet automatisch effectief in het terugdringen van segv. Alleen interventies die een groter effect laten zien in lage ses groepen dan in hoge ses groepen kunnen bijdragen aan het terugdringen van segv.

Leefstijlinterventies in I-database gerangschikt naar beoordelingsniveau

In de I-database (Interventiedatabase) staat het aanbod van leefstijlinterventies die in Nederland worden uitgevoerd. Een onafhankelijke Erkenningscommissie beoordeelt de kwaliteit en effectiviteit van de interventies. De interventies in de I-database zijn gerangschikt naar beoordelingsniveau. Interventies met het hoogste beoordelingsniveau staan bovenaan, interventies zonder erkenning staan onderaan. De beoordelingsniveaus zijn:

bewezen effectief

waarschijnlijk effectief

theoretisch goed onderbouwd

goed beschreven.

▣ Beoordelingscriteria Erkenningscommissie.

Weinig bekend over effectiviteit van wijkgerichte aanpak op gezondheid en leefstijl

De effecten van een wijkgerichte aanpak op gezondheid en leefstijl zijn nauwelijks onderzocht. Effectonderzoek is moeilijk, omdat er vele activiteiten gelijktijdig plaatsvinden. Wel is bekend dat effecten toenemen als een programma beter theoretisch onderbouwd is en een combinatie van verschillende activiteiten inzet (Harting & Assema, 2007). Van 'Hartslag Limburg', de bekendste wijkgerichte interventie, zijn wel gezondheidseffecten onderzocht. Na vijf jaar was vooral bij vrouwen het beweeg- en voedingsgedrag positief veranderd (Schuit et al., 2006). Uit onderzoek naar de effectiviteit van de integrale lokale aanpak van overgewicht bij kinderen, het Franse EPODE, bleek

dat het percentage kinderen met overgewicht fors afgenomen was. Bovendien namen de sociaaleconomische verschillen op het gebied van overgewicht af. Het effect was namelijk vooral zichtbaar bij kinderen in lagere sociaaleconomische groepen; kinderen in de hoogste sociaaleconomische groep hadden al weinig overgewicht (*Romon et al., 2009*).