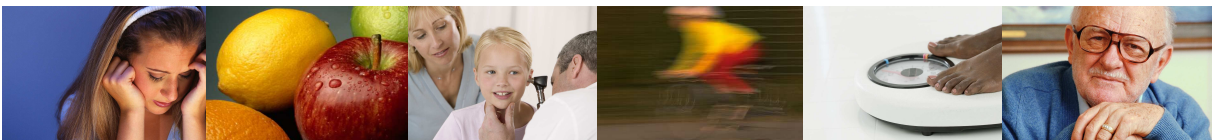


# Lokaal gezondheidsbeleid in de Kempen 2008 – 2011



## Inhoudsopgave

Inleiding .....	3
Samenvatting.....	4
Hoofdstuk 1: Kaders en rollen .....	8
1.1 De gemeente en gezondheidsbeleid .....	8
1.2 (Wettelijke) kaders .....	8
1.3 Aanpak en werkwijze .....	10
Hoofdstuk 2: Huidige situatie.....	11
2.1 Evaluatie stuurgroep 2003 -2007.....	11
2.3 Huidige gezondheidssituatie in de Kempen.....	12
3.1 Visie, doelstellingen en ambities.....	17
3.2 Prioritering inhoudelijke speerpunten .....	18
Landelijke speerpunten .....	18
Regionale speerpunten .....	19
3.3 De onderdelen nader bekeken .....	20
3.3.1 Gezondheidsbevordering .....	20
Roken .....	21
Schadelijk alcoholgebruik .....	21
Overgewicht (bewegen en voeding) .....	22
Diabetes.....	22
Depressie.....	23
Seksueel overdraagbare aandoeningen / Seksueel risicogedrag.....	23
Vergroten sociale weerbaarheid kinderen .....	24
3.3.2 Jeugdgezondheidszorg .....	24
Informatie en advies .....	24
Signalering en monitoring.....	25
Beoordelen en toeleiden.....	25
Licht pedagogische hulp .....	26
Coördinatie van zorg.....	27
Het treffen van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen .....	28
3.3.3 Algemene gezondheidszorg.....	28
Infectieziektebestrijding .....	28
Technische hygiënezorg.....	29
Medische milieukunde .....	29
Bevolkingsonderzoeken .....	30
3.4 Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen .....	30
Hoofdstuk 4: Randvoorwaarden.....	32
4.1 Organisatiestructuur.....	32
4.2 Budget en formatie.....	33
4.3 Uitvoeringsprogramma.....	33
4.4 Rapportage en evaluatie.....	33
Bijlage 1: Lijst van gebruikte termen en afkortingen .....	36
Bijlage 2: Gezondheidssituatie per gemeente.....	38
Bijlage 3: Verslag startbijeenkomst Lokaal Gezondheidsbeleid 27 september 2007 .....	70
Bijlage 4: Evaluatie activiteiten 2003 – 2007 .....	74

## Inleiding

Openbare gezondheidszorg is de laatste jaren meegegroeid met de steeds complexer wordende samenleving. Zo waren aan het begin van de twintigste eeuw belangrijke taken het bestrijden van infectieziekten, de zorg voor een goede groei en ontwikkeling van de jeugd en het bevorderen van hygiëne. Vandaag de dag speelt een aantal van deze thema's nog steeds, maar daaraan zijn toegevoegd zaken als psychische problemen en ongezonde leefgewoonten. Ook de leefomgeving is van grote invloed op de gezondheid; denk aan het milieu en het verkeer, de sportmogelijkheden en de veiligheid van de woonomgeving. Openbare gezondheidszorg is dus meer dan alleen een goede curatieve zorg. Openbare gezondheidszorg komt terug in bijna alle beleidsvelden waar een gemeente zich mee bezig houdt, dus ook het bouwen van woningen, het inrichten van de openbare ruimte, vrijwilligersbeleid, de horecaverGUNningen, enz.

Steeds meer dringt daarmee het besef door dat het bevorderen van gezondheid meer is dan het bestrijden van ziekte. Gezondheid wordt niet alleen bepaald door erfelijke aanleg, bacteriën en virussen, ongevallen of de mogelijkheden van de medische wetenschap. Gezondheid heeft ook alles te maken met voeding, beweging, ontspanning, milieu, leefstijl en sociale omgeving. Hoewel de medische wetenschap een hoog niveau heeft bereikt en de mogelijkheden nog lang niet zijn uitgeput, lijkt anno 2007 de meeste gezondheidswinst te behalen door een gezonde leefstijl en een gezonde sociale en fysieke omgeving. Preventie van gezondheidsproblemen is daarom misschien wel de belangrijkste stap in het proces van gezondheidsbevordering en gezondheidsbehoud.

Als we accepteren dat het bij gezondheid niet alleen gaat om het bestrijden van ziekte dan kan worden geconcludeerd dat de verantwoordelijkheid voor de eigen en collectieve gezondheid een gedeel- de verantwoordelijkheid is. In de eerste plaats is iedere burger voor een groot deel zelf verantwoorde- lijk voor zijn of haar gezondheid door op een gezonde manier te leven. Daarnaast zijn ook anderen medeverantwoordelijk. Werkgevers zijn bijvoorbeeld verantwoordelijk voor een gezonde werkomge- ving. Dit is wettelijk geregeld in de Arbo-wet. Ouders en onderwijzers dragen verantwoordelijkheid voor een gezonde omgeving waarin kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen. De kwaliteit van het mili- eu en de veiligheid in de openbare ruimte kunnen van invloed zijn op de gezondheid en de gezond- heidsbeleving. Dit is grotendeels een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de overheid en het be- drijfsleven. De vele actoren en factoren die een rol spelen bij gezondheid betekenen dat gezond- heidsbeleid een zaak is die iedereen aangaat.

Gemeenten hebben een wettelijke taak in de collectieve preventie van de volksgezondheid. In deze nota zal de aandacht vooral uitgaan naar die factoren van gezondheid waar de lokale overheid daad- werkelijk invloed op kan uitoefenen en waarvoor zij dus de primaire verantwoordelijkheid draagt. Pre- ventie wordt daarbij steeds belangrijker. Deze nota lokaal gezondheidsbeleid gaat grotendeels over die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich, buiten de gezondheidszorg in de cure- en caresector, doelbewust richten op bevordering van de gezondheid en vooral op preventie van ziekte (ook wel CORE genoemd).

Omdat gezondheidsbehoud en gezondheidsbevordering niet ophouden bij de gemeentegrens en om- dat veel zorgaanbieders en andere belanghebbenden regionaal of zelfs landelijk werken hebben de gemeenten Bergeijk, Bladel, Eersel en Reusel – De Mierden al in 2003 ervoor gekozen om gezamen- lijk lokaal gezondheidsbeleid te formuleren. Daar waar in het vervolg van deze nota wordt gesproken over de Kempengemeenten worden deze vier gemeenten bedoeld.

# Samenvatting

## Rollen in en onderdelen van gezondheidsbeleid

Je vindt in het gemeentelijk beleid op het terrein van volksgezondheid een diversiteit aan deelterreinen: van opvoedingsondersteuning aan jonge gezinnen tot aan crisisopvang voor daklozen en van het ontmoedigen van alcoholmisbruik tot aan het bevorderen van de luchtkwaliteit. Een zeer divers terrein waar de gemeente verschillende rollen moet vervullen:

- uitvoerder
- regisseur
- beleidsmaker

In deze nota wordt aandacht besteed aan alle rollen en verantwoordelijkheden van de gemeenten met betrekking tot gezondheidsbeleid. Hierdoor moet de samenhang tussen de verschillende rollen en verantwoordelijkheden duidelijk(er) worden. Het doel is het voorkomen van doublures, hiaten en het bevorderen van coördinatie en afstemming. Grofweg kunnen er drie domeinen worden onderscheiden waar de gemeenten één of meerdere rollen hebben te spelen:

- gezondheidsbevordering
- jeugdgezondheidszorg
- algemene gezondheidszorg

## Huidige gezondheidssituatie: trends en conclusies

Het percentage rokers in de vier Kempengemeenten is lager dan regionale en landelijke gemiddelden, er lijkt een dalende trend te zijn. Hoewel ook lager dan het regionale gemiddelde is het percentage vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap een punt van aandacht.

In Nederland zijn er slechts twee regio's waar meer wordt gedronken dan in de GGD-regio Zuidoost-Brabant. In de vier Kempengemeenten drinken jongeren nog meer dan het regionale gemiddelde. Het alcoholgebruik van volwassenen komt overeen met het gemiddelde voor Zuidoost-Brabant. Daarmee blijft het hoge alcoholgebruik een punt van zorg en belangrijk speerpunt van het lokale gezondheidsbeleid.

In Nederland is gemiddeld 45% van de volwassenen te zwaar. Het percentage in de Kempen komt ongeveer overeen met het landelijke gemiddelde. Overgewicht neemt zowel onder jongeren als ouderen sterk toe en deze trend is landelijk. Met name de toename van overgewicht onder kinderen en jongeren is zorgelijk.

Met betrekking tot de landelijke speerpunten: voor diabetes en depressie is het moeilijk om voor de lokale situatie conclusies te trekken. Volgens de gezondheidspeilingen van de GGD komt diabetes bij kinderen en jongeren nagenoeg niet voor en ook het percentage volwassenen met diabetes is laag. De effecten van lokaal gezondheidsbeleid op diabetes zullen waarschijnlijk vooral afgeleide effecten zijn: het voorkomen van diabetes door gezonde voeding en voldoende beweging. Uit de gezondheidspeilingen komt er geen slecht beeld met betrekking tot depressie en somberheid naar voren. Eenzaamheid is wel een punt van aandacht.

## Visie, doelstellingen en ambities

Een goede gezondheid is van belang om in de maatschappij in sociaal en economisch opzicht goed te kunnen functioneren. Een goede gezondheid wordt door velen dan ook gezien als een groot goed en verschillende partijen kunnen hierin een aandeel leveren: burgers zelf, landelijke en lokale overheden, werkgevers, het onderwijs, professionals in de gezondheidszorg etc.

Er zijn een aantal factoren te onderscheiden die gezondheid mede bepalen: biologische en erfelijke factoren, leefstijl en gedrag, sociale omgeving, leef- en woonomgeving en zorgsysteem. Biologische en erfelijke factoren liggen voor iedereen grotendeels vast. De rijksoverheid, de ziektekostenverzekeraars en de zorgaanbieders hebben invloed op en zijn primair verantwoordelijk voor de aanwezigheid en bereikbaarheid van zorgsystemen. Sociale omgeving, leefomgeving en leefstijl zijn de overblijvende factoren waar zowel de burger als de lokale overheid invloed op uit kunnen oefenen.

Met deze constatering wordt het werkveld van het gemeentelijk gezondheidsbeleid al enigszins afgebakend maar zelfs als het gezondheidsbeleid wordt beperkt tot de factoren sociale omgeving, leefomgeving en leefstijl kan het nog steeds een zeer breed terrein omvatten. Om tot een verdere afbakening te komen kan worden gekeken naar onderdelen waarop gezondheidsbeleid betrekking kan hebben. Deze onderdelen zijn grofweg: preventie (met als specifiek onderdeel het bevorderen van gezondheid), bescherming, behandeling (cure) en verzorging (care). Bescherming en preventie zijn dan de onderdelen waar de gemeente beleid kan en moet voeren.

In onze visie heeft lokaal gezondheidsbeleid met name betrekking op de algemene of maatschappelijke hulp- of zorgvraag, de gezondheidsfactoren sociale omgeving, leefomgeving en leefstijl en moet het zich richten op preventie en bescherming.

De algemene doelstelling van het lokaal gezondheidsbeleid in de vier Kempengemeenten kan dan als volgt geformuleerd:

*“De Kempengemeenten streven met hun lokaal gezondheidsbeleid naar het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen onder de bevolking en naar bescherming en bevordering van het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van de bevolking, waarbij leefstijl en gedrag, sociale en fysieke omgeving en zorgvoorzieningen mede van invloed zijn.”*

Subdoelstellingen zijn:

1. Bevorderen dat alle inwoners optimale kansen op gezondheid hebben.
2. Bevorderen dat alle relevante sectoren (binnen en buiten de gemeenten) bijdragen aan het vergroten van de kansen op gezondheid.

Deze doelstellingen zijn vertaald in de volgende ambities:

1. Anticiperen op bedreigingen van de volksgezondheid.
2. Vergroten van de betrokkenheid van de Kempische burgers bij de eigen gezondheid.
3. Bevorderen van een gezonde sociale infrastructuur.
4. Bevorderen van een gezonde fysieke omgeving.

#### Inhoudelijke en procesmatige speerpunten

De Wcpv geeft aan dat het kabinet elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie moet vaststellen. Deze liggen vast in de preventienota *Kiezen voor Gezond Leven* (VWS, 2006).

De ziekten die in Nederland de hoogste ziektelast veroorzaken zijn: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtweg aandoeningen en depressies. Hart- en vaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht (voeding en bewegen) leveren een forse bijdrage aan deze ziekten.

Omdat het voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht een grote bijdrage leveren aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen zijn deze leefstijlfactoren speerpunt in de preventienota. Naast deze drie leefstijlfactoren worden ook twee ziekten tot speerpunt benoemd: diabetes en depressie. Het al op jonge leeftijd ontwikkelen van diabetes type 2 kan voor een aanzienlijk deel voorkómen worden met een gezonde leefstijl. Ook vroegsignalering en goede ketenzorg leveren gezondheidswinst op. Depressie is een van de belangrijkste psychische stoornissen waar met preventie gezondheidswinst te boeken is. Mensen met een depressie roken en drinken relatief vaak en zijn vaker te zwaar. Ook bij depressie kan vroegsignalering en tijdige interventie een flink deel van de ziektelast voorkómen.

De landelijke speerpunten worden in 3.3.1 Gezondheidsbevordering nader toegelicht

Naast de landelijke prioriteiten zijn er ook nog drie regionale speerpunten te onderscheiden, deze zijn:

- binnenmilieu
- seksueel overdraagbare aandoeningen / seksueel risicogedrag
- vergroten sociale weerbaarheid kinderen.

Binnenmilieu wordt in 3.3.3 Algemene gezondheidszorg onder Medische milieukunde nader toegelicht. De andere twee speerpunten worden in 3.3.1. Gezondheidsbevordering nader toegelicht.

Hoewel de gemeenten op een breed terrein voor preventie en bescherming moeten zorgen is het wenselijk om in de veelheid van speerpunten een zekere rangorde aan te brengen. Deze rangorde is niet objectief en is daarom niet meer dan richtinggevend bij de opzet en uitwerking van het uitvoeringsprogramma.

Er zijn twee acties ondernomen om de speerpunten te prioriteren:

- een startbijeenkomst voor raads- en commissieleden van de 4 Kempengemeenten
- prioritering door ambtelijke deskundigen van de gemeenten en de GGD.

Deze acties hebben tot de volgende rangorde geleid:

1. Overgewicht  
Bewegen  
Gezonde voeding, incl. consumptie groenten / fruit, ontbijtgedrag  
Diabetes
2. Schadelijk alcoholgebruik
3. Roken
4. Depressie
5. SOA's / Seksueel risicogedrag

Naast de genoemde inhoudelijke speerpunten is er ook een procesmatig speerpunt. Dit speerpunt is: het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijk beslissingen. Volgens artikel 2 van de Wcpv is de gemeente verplicht dit te doen. Kwalitatief noch kwantitatief wordt in de wet beschreven wat een gemeente tenminste moet doen om aan deze wettelijke verplichting te voldoen. Naar aanleiding van onderzoeken van de Inspectie voor de gezondheidszorg bestaat de indruk dat dit punt meer aandacht nodig heeft. De doelstelling voor de komende planperiode is dat tenminste aan de wettelijke verplichtingen wordt voldaan en dat vanuit de functionele afdeling en de GGD acties worden ondernomen om dit te bewerkstelligen.

#### Randvoorwaarden

Om doelmatig en doeltreffend gezondheidsbeleid te kunnen voeren moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Indien aan één of meerdere voorwaarden niet of niet voldoende wordt voldaan zullen gestelde doelen niet worden gehaald en geplande activiteiten niet volgens plan worden uitgevoerd.

#### *Structuur*

Voorgesteld wordt om volgens de volgende structuur samen te werken: stuurgroep -> regiegroep -> werkgroep(en).

In de stuurgroep hebben alle portefeuillehouders Gezondheidsbeleid van de Kempengemeenten zitten. Zij sturen de bestuurlijke samenwerking aan en zijn eindverantwoordelijk voor de eindproducten van de regiegroep LGB.

In de regiegroep hebben de ambtenaren gezondheidsbeleid van de Kempengemeenten en diverse uitvoeringsinstellingen zitting. De regiegroep werkt in opdracht van de stuurgroep. De eerste opdracht die zij van de stuurgroep zal krijgen betreft het maken van een uitvoeringsplan als vervolg op deze nota LGB. De belangrijkste aandachtspunten van de regiegroep bij het vervullen van haar taak zijn:

- samenwerken waar het kan en lokaal maatwerk leveren waar het moet
- de samenwerking is niet vrijblijvend, voor succes is commitment van de deelnemende partijen noodzakelijk

De regiegroep kan zich laten adviseren door werkgroepen. De samenstelling van de werkgroep is afhankelijk van het onderwerp waarover advies is gevraagd, maar zal over het algemeen bestaan uit uitvoerende medewerkers.

#### *Budget en formatie*

In principe wordt het lokaal gezondheidsbeleid uitgevoerd binnen de bestaande budgettaire kaders. De gemiddelde ureninzet van ambtenaren gezondheidsbeleid blijft 4 uur per week. En de huidige lokale budgetten voor preventief gezondheidsbeleid blijven hetzelfde. Van de samenwerkingspartners en regiegroepleden wordt verwacht dat zij binnen bestaande kaders bijdragen aan het lokale gezondheidsbeleid tenminste door de inzet van uren van deskundige medewerkers.

Indien er nieuwe activiteiten worden ontplooid die extra inzet van financiële middelen vergen dan zullen deze nieuwe wensen worden ingebracht in reguliere begrotingscyclus van de verschillende gemeenten.

#### *Uitvoeringsprogramma*

Nadat de nota lokaal gezondheidsbeleid is vastgesteld stelt de regiegroep een uitvoeringsprogramma op. In dit programma komt te staan waarom welke activiteiten wanneer worden uitgevoerd, wie de activiteit uitvoert, wie ervoor verantwoordelijk is, en wat de kosten en dekking van de activiteit zijn. De gemeente committeert zich aan het uitvoeringsprogramma doordat het college van burgemeester en wethouders het programma vaststelt. Uitvoeringsorganisaties committeren zich aan het programma door het ondertekenen van een intentieovereenkomst.

#### *Evaluatie en rapportage*

Uiterlijk 1 december 2009 wordt aan het college van burgemeester en wethouders een tussenrapportage aangeboden. Dit is tevens het moment waarop beleidsuitgangspunten en / of activiteiten kunnen worden gewijzigd. De eindevaluatie is uiterlijk 1 juli 2011 afgerond zodat de resultaten kunnen worden meegenomen in het nieuwe meerjaren gezondheidsbeleid.

# Hoofdstuk 1: Kaders en rollen

## 1.1 De gemeente en gezondheidsbeleid

Je vindt in het gemeentelijk beleid op het terrein van volksgezondheid een diversiteit aan deelterreinen: van opvoedingsondersteuning aan jonge gezinnen tot aan crisisopvang voor daklozen en van het ontmoedigen van alcoholmisbruik tot aan het bevorderen van de luchtkwaliteit. Sinds 1989 zijn de verantwoordelijkheden van gemeenten op het terrein van het gezondheidsbeleid wettelijk vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Deze wet verplicht alle Nederlandse gemeenten om actief beleid te voeren op het terrein van de volksgezondheid. De gemeente heeft dus verschillende rollen te vervullen op het terrein van de volksgezondheid.

### Gemeente als uitvoerder

Voor een deel is de gemeente zelf direct verantwoordelijk voor de uitvoering. Deze uitvoerende taken op het terrein van gezondheidsbeleid zijn grotendeels ondergebracht bij de gemeenschappelijke gezondheidsdienst, de GGD. In de Wcpv is geregeld dat elke gemeente een GGD in stand moet houden. De omvangrijkste gemeentelijke taken die de GGD'en uitvoeren zijn de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Andere taken zijn onder andere gezondheidsbevordering en medische milieukunde.

### Gemeente als regisseur

Op grond van de Wcpv moeten gemeenten afstemmen, bewaken, coördineren en integreren oftewel regisseur zijn in het lokale gezondheidsbeleid. Het netwerk van organisaties die betrokken zijn bij de openbare gezondheidszorg is uitgebreid en complex. Van gemeenten wordt verwacht dat zij sturing geven aan de afstemming en samenwerking tussen al deze verschillende partijen. Dit is nodig om de inspanningen te kunnen bundelen, onnodige overlap in de activiteiten te voorkomen en eventuele hiaten in de aandacht voor de volksgezondheid op te vullen.

### Gemeente als beleidsmaker

Om sturing te kunnen geven aan alle inspanningen van de diverse partijen is het noodzakelijk dat de gemeente weet waar het uiteindelijk allemaal toe moet leiden: welke beleidsdoelen heeft de gemeente voor ogen?

De ruimte die gemeenten hebben om beleid te formuleren op verschillende onderdelen van de openbare gezondheidszorg varieert. In de jeugdgezondheidszorg bestaat het grootste deel uit het verplichte basistakenpakket. Maar bij een taak als gezondheidsbevordering is er meer ruimte voor gemeentelijk beleid.

Gepoogd wordt om in deze nota aandacht te besteden aan alle rollen en verantwoordelijkheden van de gemeenten met betrekking tot gezondheidsbeleid. Alleen op deze manier wordt de samenhang tussen de verschillende rollen en verantwoordelijkheden duidelijk(er). Het doel moet zijn het voorkomen van doublures, hiaten en het bevorderen van coördinatie en afstemming. Grofweg kunnen er drie domeinen worden onderscheiden waar de gemeenten één of meerdere rollen hebben te spelen:

- Gezondheidsbevordering: grote autonome beleidsruimte, de belangrijkste partijen zijn de gemeenten en de regiegroep LGB.
- Jeugdgezondheidszorg: beleidsrijk maar een kleine autonome beleidsruimte, de belangrijkste partijen zijn de gemeenten, Zuidzorg en de GGD Brabant Zuidoost.
- Algemene gezondheidszorg: beleidsarm en een kleine autonome beleidsruimte, de belangrijkste partijen zijn de gemeenten en de GGD Brabant Zuidoost.

In hoofdstuk 3 worden deze domeinen verder uitgewerkt.

## 1.2 (Wettelijke) kaders

Gemeenten hebben op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) een wettelijke taak voor collectieve preventie op het terrein van gezondheid. Deze wet vormt daarmee het belangrijkste formele kader voor het lokaal gezondheidsbeleid.



Doordat in de Wcpv is opgenomen dat gemeenten elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid moeten vaststellen worden de gemeenten min of meer gedwongen hun ambities op dit gebied te formuleren. Het beleid van de gemeente op het gebied van de volksgezondheid moet meer omvatten dan uitvoering van de Wcpv door de GGD. Het moet meer onderdeel gaan vormen van het lokale politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen (wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs en welzijn).

De Wcpv legt vast dat de gemeente de totstandkoming en de continuïteit van collectieve preventie moet bevorderen, evenals de samenhang binnen de collectieve preventie. Ook moet de gemeente de onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg bevorderen. Dit brede doel wordt in diverse taken toegelicht.

Uit de Wcpv vloeien de volgende taken voort:

- *Epidemiologie*: het elke vier jaren verzamelen en analyseren van gegevens omtrent de gezondheidssituatie van de bevolking.
- *Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg*: deze taak kan de gemeente onder andere invullen door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties te betrekken bij het gemeentelijk gezondheidsbeleid.
- *Gezondheidsbevordering*: op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking preventieprogramma's uitvoeren.
- *Bevolkingsonderzoeken*: het (laten) oproepen van de groepen vrouwen die in aanmerking komen voor deelname aan de onderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker.
- *Medische milieukunde*: onderzoek, advisering en signalering op het terrein van milieu en gezondheid.
- *Technische hygiënezorg*: hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij grote evenementen en instellingen ressorterend onder de Wet op de jeugdhulpverlening.
- *Openbare geestelijke gezondheidszorg*: directe hulpverlening (waaronder crisisinterventie, maatschappelijke opvang), preventie en zorg voor mensen met een verhoogd risico, verslavingszorg, algemeen maatschappelijk werk maar ook projecten als preventie huiselijk geweld.
- *Infectieziektebestrijding*: omvat onder andere onderzoek, bron- en contactopsporing en preventie.
- *Zorg voor nul- tot negentienjarigen (jeugdgezondheidszorg)*: onder andere monitoring en signalering, gezondheidsvoorlichting (GVO), vaccinatie, screening, onderkenning van gezondheidsbedreigende factoren in sociale en fysieke omgeving en advisering hierover.

#### Gezondheidsbeleid en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Sinds 1 januari 2007 is de Wmo van kracht. Het maatschappelijke doel van de Wmo is *meedoen*. Deelname van alle burgers aan alle facetten van de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. 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, zoals de openbare gezondheidszorg. Voor mensen die langdurige, zware zorg nodig hebben, blijft er de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz).

De Wmo omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in negen prestatievelden

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

De negen prestatievelden van de Wmo hebben verschillende raakvlakken met taken binnen de Wcpv. De raakvlakken liggen met name op het gebied van bevorderingstaken. In algemene zin kunnen preventie van gezondheidsproblemen, het doel van de Wcpv, en maatschappelijke participatie, de belangrijkste doelstelling van de Wmo, elkaar versterken. De belangrijkste raakvlakken tussen de Wmo en taken uit de Wcpv zijn:

- De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (Wcpv) en prestatieveld 2 van de Wmo: op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met opgroeioproblemen en ouders met opvoedproblemen.
- Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (Wcpv) en prestatieveld 3 (Wmo): het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (lokale loketten).
- Epidemiologisch onderzoek (Wcpv) levert belangrijke beleidsinformatie op, ook voor de uitvoering van de Wmo.
- Bevorderen van afstemming tussen preventie, cure en care (Wcpv) en de prestatievelden 5 (bevorderen maatschappelijke participatie en zelfstandig functioneren van mensen met een beperking) en 6 (verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen) van de Wmo.

Uit menig onderzoek is gebleken dat mensen die participeren in de maatschappij zich gezonder voelen. Andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij weer mogelijk. Gezondheid in brede zin speelt dus een belangrijke rol bij de Wmo. Beide wetten hebben uiteindelijk een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven.

### **1.3 Aanpak en werkwijze**

Om tot een prioriteitenstelling van gezondheidsactiviteiten en – projecten te komen worden de navolgende stappen doorlopen:

- bespreking startnotitie lokaal gezondheidsbeleid 2008 -2011 door portefeuillehouders welzijn
- startbijeenkomst lokaal gezondheidsbeleid raads- en commissieleden van de Kempengemeenten op 27 september 2007
- instemmen met het ter inzage liggen van de nota gedurende 6 weken door het college van burgemeester en wethouders d.d. 18 december 2007
- de conceptnota Lokaal Gezondheidsbeleid ter inspraak leggen van 19 december 2007 tot 30 januari 2008
- vaststellen van de conceptnota Lokaal Gezondheidsbeleid door de colleges van burgemeester en wethouders d.d. 12 februari 2007
- behandeling van de nota in de commissies
- vaststellen van de nota in de raadsvergadering van 1 april 2008
- vertalen van de vastgestelde nota in een ontwerp-uitvoeringsprogramma voor de komende periode van 4 jaar (tot en met 2011), inclusief een financiële vertaling, op basis van een prioriteitenstelling door de regiegroep Lokaal Gezondheidsbeleid De Kempen
- vaststellen van het ontwerp-(meerjaren)uitvoeringsprogramma door de colleges van burgemeester en wethouders

## Hoofdstuk 2: Huidige situatie

### 2.1 Evaluatie stuurgroep 2003 -2007

Omdat gezondheidsbehoud en gezondheidsbevordering niet ophouden bij de gemeentegrens en omdat veel zorgaanbieders en andere belanghebbenden regionaal of zelfs landelijk werken hebben de gemeenten Bergeijk, Bladel, Eersel en Reusel – De Mierden er in 2003 voor gekozen om gezamenlijk lokaal gezondheidsbeleid te formuleren. Dit heeft geresulteerd in een gezamenlijke nota Lokaal gezondheidsbeleid in de Kempen 2003 – 2007 en een regionale stuurgroep Lokaal gezondheidsbeleid.

Een gemeente heeft weinig mogelijkheden om zelf gezondheidsbeleid uit te voeren. Hiervoor heb je de hulp nodig van professionals en betrokkenen uit het veld. De betrokkenheid van het maatschappelijke veld werd georganiseerd door middel van een regionale stuurgroep. Vanwege inhoudelijke en professionele betrokkenheid bij de materie heeft de stuurgroep zicht op de verschillende activiteiten die er op het gebied van gezondheid(spreventie) in de regio plaatsvinden. De stuurgroep was stimulerend, initiërend en faciliterend actief door het in gang zetten van activiteiten door derden, al dan niet in onderlinge samenwerking. De wethouder van de gemeente Bergeijk was voorzitter van de stuurgroep.

De regionale stuurgroep was samengesteld uit vertegenwoordigers van de zorgaanbieders en de zorgvragers zodat vanuit verschillende disciplines en invalshoeken meegedacht wordt over de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. In de stuurgroep waren de volgende organisaties vertegenwoordigd:

- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Zuidoost Brabant
- Zorgbelang Brabant
- Zuidzorg
- Maatschappelijk Werk Dommelregio
- Stichting Gecoördineerd Ouderenwerk De Kempen
- Regionale Stichting Zorgcentra De Kempen
- K2
- MEE
- Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen
- de huisartsen
- de gemeenten Bergeijk, Bladel, Eersel en Reusel – De Mierden

In december 2005 heeft de stuurgroep het eigen functioneren geëvalueerd. Gevraagd naar de realisatie van de doelstelling van LGB en het ontplooiën van voldoende activiteiten antwoordde men weliswaar nog overwegend negatief, maar er werd wel aangetekend dat 'het begin is gemaakt' en dat er in de tweede planperiode geogst moet worden. Men vond dat de taakstelling goed is uitgevoerd en dat de stuurgroep heeft bijgedragen aan een betere onderlinge afstemming.

Iedereen vond de structuur van LGB passend om het thema 'Gezondheid' effectiever aandacht te geven. Men zag voldoende mogelijkheden om nieuwe signalen en informatie in te brengen in de stuurgroep. Deze signalen en informatie werden vrijwel altijd ook weer teruggekoppeld naar de eigen organisatie. De vergaderingen leverden in toenemende mate input aan de lopende projecten. De samenstelling van de stuurgroep was goed.

Het feit dat de stuurgroep voor 4 gemeenten tegelijk opereerde werd als positief ervaren. Het bespaarde niet alleen tijd voor organisaties die vaak toch al in alle vier de gemeenten actief waren, maar gaf volgens de deelnemers ook mogelijkheden voor verdieping, kwaliteitsverbetering, betere afstemming, betere taakverdeling en benutting van elkaars kennis. Hoewel men ook erkende dat mogelijk niet alle onderwerpen voor elke gemeente van belang waren of de aandacht voor lokale problemen wellicht kon verminderen, of processen langer konden duren, zag vrijwel iedereen voldoende ruimte om lokaal te differentiëren. In de praktijk is dit ook al geregeld gebeurd.

Kort samengevat waren de voordelen van samenwerking:

- bundeling van capaciteit
- schaalvoordelen (kostenvoordelen, draagvlak, uitvoeringscapaciteit, impact)
- afstemming van beleid ter voorkoming van overlap, dubbel werk en hiaten

- versterking van de onderhandelingspositie ten opzichte van regionale ketenpartners

Voor een evaluatie van de onder de verschillende thema's uitgevoerde activiteiten wordt verwezen naar bijlage 4.

## 2.2 Relevante ontwikkelingen

### Vermaatschappelijking van zorg

In de afgelopen jaren is een proces op gang gekomen dat wordt aangeduid als de vermaatschappelijking van de zorg. Dit houdt in dat de zorg, die voorheen binnen de muren van grote instellingen/instituten is verleend, in toenemende mate in de eigen woon- en leefomgeving wordt aangeboden. Het gaat daarbij met name om zorgbehoevende ouderen, mensen met een verstandelijke of lichamelijke handicap en (ex-) psychiatrische patiënten. Op deze wijze wordt meer recht gedaan aan hun (potentiële) mogelijkheden en aan hun eigen wens een waardige plek temidden van de samenleving in te nemen. Opname in instituten (intramuraal zorg) wordt beperkt tot zorgvragers met een zeer zware zorgbehoefte. Deeltijdzorg, waaronder dagopvang, begeleid woonprojecten, ambulante zorg en zorg in kleinschalige woonvoorzieningen buiten de zorginstellingen/instituten (extramuraal zorg) komen daarvoor in de plaats. Het proces van vermaatschappelijking heeft grote gevolgen voor gemeenten en woningcorporaties (denk aan: de bouw van aangepaste woningen en de daarbij behorende infrastructuur), welzijnsorganisaties en de lokale samenleving.

Met name door de sterk toenemende vergrijzing in de Kempen zal er meer worden gevraagd van de lokale samenleving daar waar het gaat om zorg voor de (oudere) medemens, het hebben van een signaalfunctie, ondersteuning bij welzijnsactiviteiten en preventieprojecten etc. Veel mensen zijn zich nog niet bewust van deze ontwikkelingen. In het kader van het Wmo- of ouderenbeleid kunnen gemeenten hier een rol spelen.

### Integratie jeugdgezondheidszorg

De taken voor de jeugdgezondheidszorg zijn uitgebreid. Voorheen was de gemeente verantwoordelijk voor de zorg voor 4 – 19 jarigen, nu valt ook de zorg voor 0 – 4 jarigen (de consultatiebureaus) onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid.

Met de ondertekening van het convenant Jeugdgezondheidszorg Zuidoost-Brabant 0-19 jaar, eind 2006, onderschrijven de GGD Brabant-Zuidoost, Zuidzorg en De Zorgboog de noodzaak om intensief samen te werken. Ze gaan zich ook nadrukkelijker manifesteren als één organisatie voor de jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19 jaar.

### Fusie GGD Eindhoven en GGD Zuidoost-Brabant

Per 1 januari 2006 is de bestuurlijke fusie tussen GGD Eindhoven en GGD Zuidoost-Brabant een feit. Het Algemeen Bestuur van de nieuwe GGD Brabant-Zuidoost is na de gemeenteraadsverkiezingen van maart 2006 samengesteld uit de portefeuillehouders lokaal gezondheidsbeleid van de aan de gemeenschappelijke regeling deelnemende 21 gemeenten.

Eén van de onderdelen van de bestuursopdracht die de gemeenten aan de GGD'en meegaven bij hun besluit een bestuurlijke fusie aan te gaan, is het voeren van een kerntakendiscussie om het takenpakket van de nieuwe GGD vast te stellen. Op bestuurlijk niveau moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over de basistaken, plustaken en markt taken die de nieuwe GGD grotendeels in opdracht van de gemeenten gaat uitvoeren

Een ambtelijke commissie en de werkgroepen Algemene Gezondheidszorg, Jeugdgezondheidszorg en Gezondheidsbevordering waren in 2007 belast met de voorbereiding van de kerntakendiscussie. In de werkgroepen zijn voorstellen geformuleerd als het gaat om de indeling van taken in gezamenlijke en contracttaken. Begin 2008 worden de uitkomsten/ conclusies van de kerntakendiscussie voorgelegd aan de raden van de gemeenten.

## 2.3 Huidige gezondheidssituatie in de Kempen

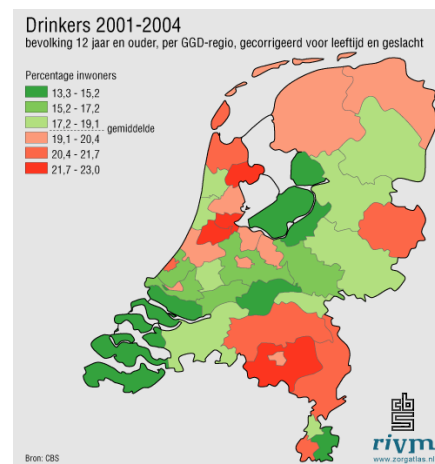
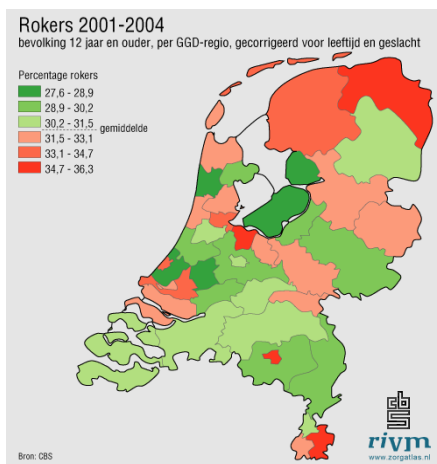
Gemeentelijk gezondheidsbeleid moet gebaseerd zijn op inzicht in de lokale gezondheidssituatie en gezondheidsproblemen. Informatie over de gezondheid van de eigen inwoners wordt periodiek verzameld door de GGD (epidemiologie) onder jongeren, ouderen en volwassenen. Hieronder volgen de belangrijkste cijfers uit deze onderzoeken. In de tabellen wordt ter vergelijking het cijfer voor de regio Zuidoost-Brabant ook weergegeven. Waar een percentage **vetgedrukt** is, betekent dat een dui-

delijk ("statistisch significant") verschil met het regiocijfer. In bijlage 3 wordt de gezondheidssituatie per gemeente in detail weergegeven.

### Roken

- 18% van de moeders in Eersel heeft gedurende (een deel van) de zwangerschap gerookt. In de regio Zuidoost Brabant was dit ook 18%.
- Het aantal volwassenen dat rookt is in de regio in de afgelopen jaren afgenomen (34%- 27%). In Eersel was het aandeel rokers in 1999 31%, dit is verder gedaald naar 26% in 2005.
- 6% van de jongeren rookt dagelijks sigaretten. Een klein aantal van de jongeren (0,2%) rookt zelfs meer dan 20 sigaretten per dag.
- Kinderen van rokende ouders hebben meer kans op ziekten zoals luchtweginfecties, astma en oortnsteking dan kinderen bij wie nooit gerookt wordt in de omgeving. Bij 26% van de 0-11 jarigen in Eersel rookt tenminste één van de ouders.

	Bergeijk	Bladel	Eersel	RdM	regio
roken tijdens zwangerschap	<b>14%</b>	15%	18%	-	18%
percentage rokers (volwassenen)	25%	26%	26%	28%	27%
jongeren die roken	9%	9%	6%	7%	7%
Tenminste één rokende ouder	29%	27%	<b>26%</b>	30%	30%



### Alcoholgebruik

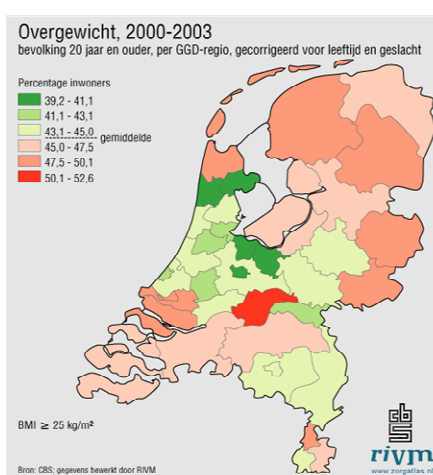
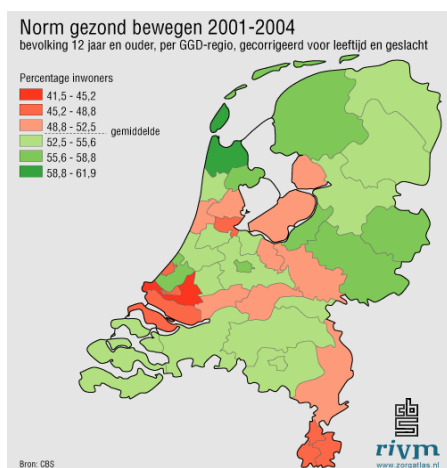
- 16% van de moeders in Eersel heeft gedurende (een deel van) de zwangerschap alcohol gedronken. In de totale regio Zuidoost Brabant is dit vergelijkbaar: 15%.
- In de regio Zuidoost-Brabant heeft 28% van de 12-14 jarigen en 80% van de 15-17 jarigen alcohol gebruikt in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek. Gemiddeld dronk in deze periode 54% van de 12-17 jarigen alcohol. In Eersel ligt dit percentage beduidend hoger: 59%. Een groep van 9% heeft meer dan 20 glazen per week gedronken.
- Ook het alcoholgebruik van volwassenen in de gehele regio is relatief hoog. Van de volwassen inwoners van Eersel voldoet 36% niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik, vergelijkbaar met de totale regio Zuidoost-Brabant. Dertien procent drinkt 'overmatig' en 9% drinkt '(zeer) excessief'. Dit percentage is vergelijkbaar met dat van 1999.

	Bergeijk	Bladel	Eersel	RdM	Regio
Alcohol tijdens zwangerschap	13%	13%	16%	-	15%
Alcoholgebruik 12 – 17 jarigen	58%	<b>63%</b>	<b>59%</b>	<b>63%</b>	54%
Voldoet niet aan norm verantwoord alcoholgebruik (volwassenen)	37%	35%	36%	41%	37%
Drinkt overmatig (volwassenen)	16%	12%	13%	17%	15%
Drinkt excessief (volwassenen)	11%	9%	9%	<b>13%</b>	10%

### Overgewicht, voeding en bewegen

- Voor de gezondheid van een kind is het dagelijks eten van fruit en groente belangrijk. Het lukt 44% van de kinderen niet om dagelijks fruit te eten en bij 46% lukt het niet dagelijks groente te eten. In de regio liggen deze percentages lager.
- 15% van de jongeren in Eersel ontbijt minder dan 5 keer per week. Dat betekent dat ze zeker één keer per week zonder ontbeten te hebben op school komen. Er bestaat een verband met overgewicht: kinderen die minder vaak ontbijten, hebben vaker overgewicht.
- Van de kinderen vanaf 2 jaar heeft 9% overgewicht in Eersel. Bij 2% is sprake van obesitas. De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van overgewicht is een verkeerde balans tussen energie-inname (via voeding) en energiebesteding (voornamelijk via lichamelijke activiteit).
- Kinderen die meer dan 2 uur per dag televisiekijken en/of achter de computer zitten, minder dan een half uur per dag buitenspelen of sporten hebben vaker overgewicht. De meerderheid van de 0-11 jarigen speelt dagelijks minimaal een half uur buiten, slechts 1% haalt dat niet. In Eersel kijkt 11% van de kinderen vanaf één jaar meer dan 2 uur per dag tv of video en 2% van de kinderen zit meer dan 2 uur per dag achter de computer. Het aantal kinderen dat langer dan 2 uur per dag tv kijkt of achter de computer zit, neemt sterk toe met de leeftijd. Ruim tweederde van de kinderen vanaf 4 jaar is lid van een sportvereniging. In de regio zijn de cijfers vergelijkbaar.
- Eén op de acht jongeren van 12-17 jaar kampt met overgewicht. Bij 2% is sprake van obesitas. In de regio is dit vergelijkbaar.
- Aanbevolen wordt om voldoende dagelijkse lichaamsbeweging te combineren met een gezond eetpatroon. Het overgrote deel (85%) van de Eerselse jongeren sport minstens één keer per week. In Eersel sporten meer jongeren dan in de regio (85% versus 78%).
- Het aantal mensen met overgewicht is ook in Eersel de afgelopen jaren toegenomen. In 1999 had 38% overgewicht en nu is dat 48%. In de totale regio is een nog duidelijker toename te zien van het aantal mensen met overgewicht. Had in 1991 nog 'slechts' 31% van de volwassenen overgewicht; in 1999 was dat al gestegen tot 38% en in 2005 tot maar liefst 47%. Ook het aandeel van de volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) is in diezelfde periode in Zuidoost-Brabant gestegen van 5% (1991) naar 7% (1999) naar 11% in 2005. In Eersel is hetzelfde beeld te zien: van 6% in 1999 naar 11% in 2005.
- Bewegen en sporten doen de volwassenen in Eersel en de regio relatief vaak. Twee op de drie volwassenen (69%) voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

	Bergeijk	Bladel	Eersel	RdM	regio
Niet dagelijks fruit 0 – 11 jarigen	45%	40%	44%	-	39%
Niet dagelijks groente 0 – 11 jarigen	46%	45%	46%	-	43%
Minder dan 5 maal ontbijt p.w. (jongeren)	19%	19%	15%	24%	17%
Minder dan 5 maal ontbijt p.w. (ouderen)	5%	6%	7%	5%	6%
Kinderen met overgewicht	8%	8%	9%	-	10%
Jongeren met overgewicht	9%	13%	12%	15%	10%
Volwassenen met overgewicht	48%	45%	48%	49%	47%
Ouderen met overgewicht	63%	60%	58%	64%	58%
Sport minstens ééns per week (jongeren)	78%	78%	85%	82%	78%
Voldoet aan beweegnorm (volwassen)	67%	67%	69%	64%	66%
Voldoet niet aan beweegnorm (ouderen)	33%	35%	32%	41%	36%



### Diabetes, lichamelijke gezondheid en medicijngebruik

- Geen van de geënquêteerde kinderen van 0 tot 11 jaar in Eersel heeft diabetes mellitus. In de totale regio heeft 0,1% van de 0-11 jarigen deze ziekte. Ook in de leeftijdsgroep 12 – 17 jaar komt deze ziekte nagenoeg niet voor. Van de volwassenen geeft 2% aan, diabetes te hebben.

	Bergeijk	Bladel	Eersel	RdM	regio
Kinderen met diabetes	0,2%	0,0%	0,0%	-	0,1%
Jongeren met diabetes	0,0%	0,0%	0,5%	0,4%	0,4%
Volwassenen met diabetes	3%	3%	2%	3%	3%
Ervaart eigen gezondheid als matig tot slecht (ouderen)	27%	32%	28%	<b>35%</b>	30%
Heeft één of meer chronische ziekten (ouderen)	69%	70%	<b>63%</b>	<b>73%</b>	68%
Medicijngebruik op recept (2 wk) (ouderen)	78%	81%	<b>74%</b>	<b>84%</b>	79%
Medisch behandeld letsel (afg. 3 mnd) (jongeren)	19%	23%	18%	19%	20%

### Depressie en geestelijke gezondheid

- Ruim driekwart van de kinderen van 0 – 11 jaar voelt zich (volgens de ouders) (heel) blij. Volgens de ouders is 0,7% van de kinderen een beetje tot erg somber.
- De psychosociale gezondheid van jongeren van 12 -17 jaar in Eersel is over het algemeen goed te noemen. Slechts 3% voelde zich afgelopen 3 maanden een beetje tot erg somber. Meisjes beoordelen hun geestelijke gezondheid vaak iets slechter dan jongens.
- 10% van de volwassenen voelde zich het afgelopen jaar een beetje tot zeer somber.
- Naarmate kinderen ouder worden, worden leeftijdsgenoten steeds belangrijker in hun sociale netwerk. Van de jongeren van 12 – 17 jaar in Eersel heeft 85% naar eigen mening genoeg vriend(inn)en.
- Eenzaamheid is onder te verdelen in emotionele en sociale eenzaamheid. Bij emotionele eenzaamheid is er sprake van het gemis van intimiteit in persoonlijke relaties, of gemis van een vertrouwenspersoon. Bij sociale eenzaamheid is het aantal of de kwaliteit van de persoonlijke relaties minder dan gewenst. Sociale eenzaamheid komt vaker voor (39%) dan emotionele eenzaamheid (21%). Ruim een derde deel (35%) van de 19- t/m 64 jarigen uit Eersel blijkt zich matig tot zeer ernstig eenzaam te voelen. Het aandeel (zeer) ernstig eenzamen is 5%. Daarmee is het beeld rond eenzaamheid in Eersel zeer vergelijkbaar met dat in de hele regio.

	Bergeijk	Bladel	Eersel	RdM	regio
Sombere kinderen	2%	2%	1%	-	1%
Sombere jongeren	3%	4%	3%	3%	3%
Sombere volwassenen	8%	9%	10%	<b>4%</b>	9%
Sombere ouderen	14%	11%	11%	13%	13%
Voldoende vrienden (jongeren)	86%	83%	85%	88%	85%
Matig tot zeer ernstig eenzaam (volwassenen)	36%	36%	35%	35%	38%
Aandeel zeer ernstig eenzamen (volwassenen)	<b>4%</b>	6%	5%	5%	7%
Matig tot zeer ernstig eenzaam (ouderen)	<b>41%</b>	48%	44%	44%	46%
Aandeel zeer ernstig eenzamen (ouderen)	7%	8%	<b>6%</b>	<b>5%</b>	8%

### Binnenmilieu

- Kinderen van 0 -11 jaar die opgroeien in een vochtige woning hebben een grotere kans op gezondheidsklachten als benauwdheid en hoesten of luchtwegklachten. In Eersel signaleert 10% van de ouders schimmel of vocht in de woning. Dat is vergelijkbaar met de regio (12%).
- Ook voor volwassenen geldt dat vocht- en schimmelplekken en beperkte continue ventilatie kunnen leiden tot gezondheidsklachten. Schimmel- of vochtplekken in huis komen in Eersel in vergelijkbare mate voor als in de regio; namelijk bij 22% van de inwoners (regio 21%).
- In Eersel ventileert ongeveer driekwart van de volwassenen de woonkamer en de keuken minder dan 24 uur per dag, dit is minder dan het gemiddelde in de regio. In de slaapkamer is dit 54%. De badkamer wordt relatief het meest geventileerd: 'slechts' 34% ventileert onvoldoende. In de regio is het ventilatiegedrag zeer vergelijkbaar.
- Maar liefst 38% van de volwassenen in Eersel wordt gehinderd door geluid, 18% zelfs in erge mate. Geluidshinder speelt daarmee een grotere rol dan in de regio, waar 28% er last van heeft

en 12% erg gehinderd wordt. De grotere overlast in Eersel lijkt vooral afkomstig van geluid van vliegtuigen (21%; regio slechts 8%) en wegverkeer (18%; regio 12%). Burenlawaaï hindert 10% van de volwassenen.

	Bergeijk	Bladel	Eersel	RdM	Regio
Kinderen in vochtige woning	<b>9%</b>	10%	10%	-	12%
Volwassenen in vochtige woning	20%	19%	22%	19%	21%
Geluidshinder volwassenen	27%	27%	<b>38%</b>	<b>21%</b>	28%

#### Trends en conclusies

Het percentage rokers in de vier Kempengemeenten is lager dan regionale en landelijke gemiddelden, er lijkt een dalende trend te zijn. Hoewel ook lager dan het regionale gemiddelde is het percentage vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap een punt van aandacht.

In Nederland zijn er slechts twee regio's waar meer wordt gedronken dan in de GGD-regio Zuidoost-Brabant. In de vier Kempengemeenten drinken jongeren nog meer dan het regionale gemiddelde. Het alcoholgebruik van volwassenen komt overeen met het gemiddelde voor Zuidoost-Brabant. Daarmee blijft het hoge alcoholgebruik een punt van zorg en belangrijk speerpunt van het lokale gezondheidsbeleid.

In Nederland is gemiddeld 45% van de volwassenen te zwaar. Het percentage in de Kempen komt ongeveer overeen met het landelijke gemiddelde. Overgewicht neemt zowel onder jongeren als ouderen sterk toe en deze trend is landelijk. Met name de toename van overgewicht onder kinderen en jongeren is zorgelijk.

Met betrekking tot de landelijke speerpunten: voor diabetes en depressie is het moeilijk om voor de lokale situatie conclusies te trekken. Volgens de gezondheidspeilingen van de GGD komt diabetes bij kinderen en jongeren nagenoeg niet voor en ook het percentage volwassenen met diabetes is laag. De effecten van lokaal gezondheidsbeleid op diabetes zullen waarschijnlijk vooral afgeleide effecten zijn: het voorkomen van diabetes door gezonde voeding en voldoende beweging. Uit de gezondheidspeilingen komt er geen slecht beeld met betrekking tot depressie en somberheid naar voren. Eenzaamheid is wel een punt van aandacht.



## Hoofdstuk 3: Beleidskader 2008 - 2011

### 3.1 Visie, doelstellingen en ambities

Een goede gezondheid is van belang om in de maatschappij in sociaal en economisch opzicht goed te kunnen functioneren. Een goede gezondheid wordt door velen dan ook gezien als een groot goed. Om in beeld te krijgen wat de kaders en daarmee de grenzen van gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn is het van belang om stil te staan bij de begrippen gezondheid, gezondheidsbeleid en gezondheidszorg.

Al sinds 1948 hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van de Verenigde Naties de volgende definitie van gezondheid:

*Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte.*

Deze definitie wordt internationaal veel gebruikt en is algemeen geaccepteerd.

Op basis van deze definitie is een aantal factoren te onderkennen die gezondheid mede bepalen.

Deze factoren zijn:

- Biologische en erfelijke factoren; leeftijd, geslacht en aanleg.
- Leefstijl en gedrag; voeding, beweging, middelengebruik.
- Sociale omgeving; gezin, familie, vrienden en sociaal-economische status.
- Leef- en woonomgeving; wonen, werken, milieu, recreatie.
- Zorgsysteem; aanwezigheid, toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit

Biologische en erfelijke factoren liggen voor iedereen grotendeels vast. De rijksoverheid, de ziektekostenverzekeraars en de zorgaanbieders hebben invloed op en zijn primair verantwoordelijk voor de aanwezigheid en bereikbaarheid van zorgsystemen. Sociale omgeving, leefomgeving en leefstijl zijn de overblijvende factoren waar zowel de burger als de lokale overheid invloed op uit kunnen oefenen.

Met deze constatering wordt het werkveld van het gemeentelijk gezondheidsbeleid al enigszins afgebakend maar zelfs als het gezondheidsbeleid wordt beperkt tot de factoren sociale omgeving, leefomgeving en leefstijl kan het nog steeds een zeer breed terrein omvatten. Om tot een verdere afbakening te komen kan worden gekeken naar onderdelen waarop gezondheidsbeleid betrekking kan hebben. Deze onderdelen zijn grofweg: preventie (met als specifiek onderdeel het bevorderen van gezondheid), bescherming, behandeling (cure) en verzorging (care).

Het onderdeel behandeling en verzorging gaat vooral over de behandeling van gezondheidsproblemen en de verzorging van zieken. Dit onderdeel is met name het terrein van de zorginstellingen en zelfstandigen als huisartsen en fysiotherapeuten. De gemeente heeft vrijwel geen mogelijkheden om op dit terrein directe invloed uit te oefenen. Het is ook niet direct de taak van de gemeente om op dit terrein beleid te voeren.

Bescherming en preventie zijn wel onderdelen waar de gemeente beleid kan en moet voeren. Bij bescherming gaat het om maatregelen en zorg die erop gericht zijn dat mensen niet of zo min mogelijk in contact komen met voor de gezondheid schadelijke stoffen, omstandigheden en situaties. Vaak wordt deze bescherming gerealiseerd door het formuleren en uitvoeren van beleid op andere terreinen dan het terrein van volksgezondheid. Voorbeelden zijn: het aanleggen van riolering en waterzuivering, bouwvoorschriften, milieutoezicht etc. Bij preventie gaat het om maatregelen en activiteiten die erop gericht zijn om de gezondheid te bevorderen en om gezondheidsproblemen te voorkomen.

Preventie is het onderdeel waar gemeentelijk gezondheidsbeleid het meeste effect kan hebben omdat hier de gemeente de meeste wettelijke en functionele mogelijkheden heeft om invloed uit te oefenen hetzij direct, hetzij via de gemeenschappelijke gezondheidsdienst.

Uit de wettelijke taken van de gemeente vloeit voort dat gemeentelijk gezondheidsbeleid betrekking heeft op de openbare gezondheidszorg (OGZ). De OGZ behartigt zaken die van groot belang zijn voor een gezonde samenleving. Het gaat daarbij om de onderdelen van de gezondheidszorg en het open-

baar bestuur die zich richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of groepen binnen de bevolking. Aan de activiteiten op het gebied van de OGZ ligt in principe geen expliciete, door iemand zelf geformuleerde hulpvraag ten grondslag. Het is de overheid die openbare gezondheidszorg aanbiedt aan de burgers als collectiviteit. De openbare gezondheidszorg vult daarmee de reguliere, individuerichte zorg aan.

In onze visie heeft lokaal gezondheidsbeleid met name betrekking op de algemene of maatschappelijke hulp- of zorgvraag, de gezondheidsfactoren sociale omgeving, leefomgeving en leefstijl en moet het zich richten op preventie en bescherming.

Uitgaande van de hierboven beschreven begrippen gezondheid, gezondheidsbeleid, gezondheidszorg en het kader wordt de algemene doelstelling van het lokaal gezondheidsbeleid in de vier Kempengemeenten als volgt geformuleerd:

*“De Kempengemeenten streven met hun lokaal gezondheidsbeleid naar het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen onder de bevolking en naar bescherming en bevordering van het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van de bevolking, waarbij leefstijl en gedrag, sociale en fysieke omgeving en zorgvoorzieningen mede van invloed zijn.”*

Subdoelstellingen zijn:

1. Bevorderen dat alle inwoners optimale kansen op gezondheid hebben;
2. Bevorderen dat alle relevante sectoren (binnen en buiten de gemeenten) bijdragen aan het vergroten van de kansen op gezondheid.

Deze doelstellingen zijn vertaald in de volgende ambities:

1. Anticiperen op bedreigingen van de volksgezondheid. Voorbeeld hiervan zijn onze lokale speerpunten het voorkomen en bestrijden van schadelijk alcoholgebruik en het tegengaan van overgewicht. Meer informatie hierover kunt u vinden in paragraaf 3.3.1
2. Vergroten van de betrokkenheid van de Kempische burgers bij de eigen gezondheid. Een voorbeeld is het project “De familie Lekkerbek in balans”. Door middel van alledaagse voorbeelden en eenvoudige acties wordt ouders en kinderen duidelijk gemaakt dat ze zelf grote invloed kunnen hebben op de eigen gezondheid.
3. Bevorderen van een gezonde sociale infrastructuur wat wil zeggen: zorgen dat allerlei instanties (zoals zorgverleners, het welzijnswerk, scholen) een bijdrage leveren aan verbetering van de volksgezondheid. Voorbeeld van dit streven is het participeren in en opzetten van verschillende overlegplatforms en samenwerkingsverbanden zoals de regiegroep lokaal gezondheidsbeleid, het beleidsplatform jeugd, jeugdzorgteams etc.
4. Bevorderen van een gezonde fysieke omgeving (goede woningen, beperking luchtvervuiling, veilige speelplekken etc). Een voorbeeld hiervan is het opstellen door gemeenten van leefomgevingsplannen. In deze plannen staat een gezonde fysieke leefomgeving centraal en wordt onderzocht hoe andere beleidsterreinen hieraan kunnen bijdragen.

### **3.2 Prioritering inhoudelijke speerpunten**

#### **Landelijke speerpunten**

De Wcpv geeft aan dat het kabinet elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie moet vaststellen. Deze liggen vast in de preventienota *Kiezen voor Gezond leven* (VWS, 2006). De preventienota gaat vooral over een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid. De Wcpv verplicht daar ook toe. De nota biedt daarvoor eerste aanknopingspunten die de komende jaren verder uitgewerkt kunnen worden.

Nederlanders leefden in 1960 op één na het langst van alle Europeanen. Nu is Nederland naar de middenmoot gezakt. De ziekten die in Nederland de hoogste ziektelast veroorzaken zijn: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtweg aandoeningen en depressies. Hart- en vaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht (voeding en bewegen) leveren een forse bijdrage aan deze ziekten.

Omdat het voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht een grote bijdrage leveren aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen zijn deze leefstijlfactoren speerpunt in de preventienota. Naast deze drie leefstijlfactoren worden ook twee ziekten tot

speerpunt benoemd: diabetes en depressie. Diabetes is deels erfelijk bepaald (type 1) of een verouderingsziekte (type 2), maar het al op jonge leeftijd ontwikkelen van diabetes type 2 kan voor een aanzienlijk deel voorkómen worden met een gezonde leefstijl. Ook vroegsignalering en goede ketenzorg leveren gezondheidswinst op. Depressie is een van de belangrijkste psychische stoornissen waar met preventie gezondheidswinst te boeken is. Mensen met een depressie roken en drinken relatief vaak en zijn vaker te zwaar. Ook bij depressie kan vroegsignalering en tijdige interventie een flink deel van de ziektelast voorkómen.

De landelijke speerpunten worden in 3.3.1 Gezondheidsbevordering nader toegelicht.

### **Regionale speerpunten**

Naast deze landelijke prioriteiten zijn er ook nog een drie regionale speerpunten te onderscheiden, deze zijn:

- binnenmilieu
- seksueel overdraagbare aandoeningen / seksueel risicogedrag
- vergroten sociale weerbaarheid kinderen.

Binnenmilieu wordt in 3.3.3 Algemene gezondheidszorg onder Medische milieukunde nader toegelicht. De andere twee speerpunten worden in 3.3.1. Gezondheidsbevordering nader toegelicht.

### **Prioritering**

De gemeente heeft op grond van de Wcpv en andere kaders een brede verantwoordelijkheid voor de preventie van gezondheidsproblemen. Als bepaalde risico's of problemen om wat voor reden dan ook directe aandacht of aanpak eisen dan kan of mag de gemeente dit niet nalaten. Dit wetende is het wel mogelijk om in de veelheid van speerpunten een zekere rangorde aan te brengen. Deze rangorde is niet objectief en is daarom niet meer dan richtinggevend bij de opzet en uitwerking van het uitvoeringsprogramma.

Er zijn twee acties ondernomen om de speerpunten te prioriteren:

- een startbijeenkomst voor raads- en commissieleden van de 4 Kempengemeenten
- prioritering door ambtelijke deskundigen van de gemeenten en de GGD.

#### Startbijeenkomst lokaal gezondheidsbeleid

Op 27 september 2007 is voor raads- en commissieleden van de gemeenten Bergeijk, Bladel, Eersel en Reusel – De Mierden een startbijeenkomst voor het lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 georganiseerd. Het doel van de bijeenkomst was om raads- en commissieleden bewust te maken van de gemeentelijke taken en verantwoordelijkheden en om zicht te krijgen op de wijze waarop de gemeenten hieraan invulling willen geven.

Door de wat beperkte opkomst was het niet mogelijk om over alle prioriteiten te spreken en om naar aanleiding van de discussie eenduidige conclusies te trekken. Voor een verslag van de bijeenkomst wordt verwezen naar bijlage 3.

Uit de bijeenkomst kwam naar voren de landelijke en regionale prioriteiten wel werden her- en erkend. Verder zijn er veel suggesties gedaan voor de uitwerking en uitvoering van beleid. Deze suggesties kunnen door de colleges van B&W en de regiegroep worden gebruikt bij de opstelling van het uitvoeringsprogramma.

#### Prioritering door ambtelijke deskundigen van de gemeenten en de GGD

De beleidsmedewerkers van de vier gemeenten en de GGD hebben onafhankelijk van elkaar de verschillende speerpunten op basis van 6 criteria een waardering gegeven. Door de scores op de verschillende criteria van alle beleidsmedewerkers te totaliseren zijn de speerpunten geprioriteerd.

De verschillende criteria waren:

1. Ernst en omvang van het gezondheidsprobleem;
2. Mogelijkheden van een doelmatige en effectieve aanpak binnen het gemeentelijk beleid;
3. Betreft het een (wettelijke) verplichting tot (gezondheids)beleid;
4. Behoort dit thema tot de prioriteiten binnen het landelijk beleid;
5. Heeft dit thema draagvlak bij de betrokken organisaties en instellingen;
6. Hoe belangrijk vonden de deelnemers aan de startbijeenkomst het thema?

Deze exercitie heeft de volgende rangorde opgeleverd:

1. Overgewicht  
Bewegen  
Gezonde voeding, incl. consumptie groenten / fruit, ontbijtgedrag  
Diabetes
2. Schadelijk alcoholgebruik
3. Roken
4. Depressie
5. SOA's / Seksueel risicogedrag

### 3.3 De onderdelen nader bekeken

De in 3.2 genoemde landelijke en regionale speerpunten kunnen op verschillende plekken binnen het lokale gezondheidsbeleid een plaats krijgen. In paragraaf 1.1 is al opgemerkt dat er binnen het gezondheidsbeleid drie domeinen kunnen worden onderscheiden:

- gezondheidsbevordering
- jeugdgezondheidszorg
- algemene gezondheidszorg

Alle drie de domeinen zijn even belangrijk. De lokale speelruimte is echter het grootst bij het domein gezondheidsbevordering, hier hebben de gemeenten de meeste ruimte voor autonoom beleid. En we hebben er daarom voor gekozen om de speerpunten onder 3.3.1. gedetailleerd toe te lichten. Binnen de Jeugdgezondheidszorg en de Algemene gezondheidszorg is de lokale speelruimte klein. In deze domeinen wordt getracht om, binnen de wettelijke verplichtingen en kaders, de speerpunten zoveel mogelijk aandacht te geven.

Om de speerpunten beter te kunnen plaatsen en om te kunnen bepalen welke partijen primair verantwoordelijk zijn voor het oppakken en invullen van de verschillende speerpunten worden in deze paragraaf de drie domeinen nader inhoudelijk beschreven, geven we een overzicht van activiteiten die al worden uitgevoerd en geven we inzicht in de wijze van aansturing en mogelijkheden voor lokale beïnvloeding. Daar waar bij een onderdeel het kopje *Wat doen we?* wordt gebruikt is de opsomming van activiteiten compleet, daar waar het kopje *Voorbeelden* wordt gebruikt is de opsomming niet compleet. Alleen die activiteiten worden genoemd die in samenwerking met of onder verantwoordelijkheid van de gemeenten worden ontplooid.

#### 3.3.1 Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering richt zich op de leefstijl of het gezondheidsgedrag van individuen en groepen mensen. Gezondheidsbevordering is één van de functies van de openbare gezondheidszorg die wordt uitgevoerd door de GGD. Een belangrijk deel van de activiteiten bij de GGD bestaat uit het ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van preventieprogramma's. Daarnaast wordt een bijdrage geleverd aan beleidsontwikkeling en beleidsadvisering op het gebied van gezondheidsbevordering.

De activiteiten van gezondheidsbevordering zijn in de volgende kernfuncties samen te vatten:

- uitvoering van interventies
- beleidsadvisering
- informatie en ondersteuning
- onderzoek en ontwikkeling
- verbeteren van de preventiestructuur

De Wcpv vormt een belangrijk kader voor gezondheidsbevordering. Volgens de Wcpv dienen gemeentes zorg te dragen voor de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Tevens is omschreven dat gemeenten zorg moeten dragen voor een samenwerkingsstructuur op het gebied van gezondheidsbevordering tussen verschillende instellingen. De wet voorziet ook in epidemiologische functie van de GGD. Daarnaast voorziet de Wcpv in gezondheidsbevordering op verschillende andere gebieden binnen de openbare gezondheidszorg.

## Roken

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Jaarlijks sterven ruim 20.000 Nederlanders aan acht ziektes die met roken te maken hebben. Ongeveer 90 procent van alle longkanker komt door roken. Circa 30 procent van alle kanker is het gevolg van roken. Bij hart- en vaatziekten is dat ongeveer 20 procent. Meeroken (passief roken) leidt in Nederland jaarlijks naar schatting tot (circa) tien gevallen van wiegendood, enkele honderden doden door longkanker, enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen en vele tienduizenden (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen.

Stoppen met roken geeft direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven. Als je stopt met roken op je 30e kun je tien jaar langer leven, op je 40e levert dat negen jaar op, op je 50e zes en op je 60e drie jaar. Rokers die blijven roken, verliezen - vergeleken met niet-rokers - gemiddeld tien jaar van hun leven. Europese landen die meer en steviger maatregelen hebben genomen, hebben veel minder rokers.

Landelijke doelstelling roken: in 2010 zijn er nog 20 procent rokers (nu: 28 procent). Uit de cijfers van de GGD blijkt dat het percentage rokers in de regio (26%) onder het landelijke gemiddelde ligt (28%).

### Voorbeelden

- De GGD en gemeenten werken actief mee aan het lokaal uitvoeren van landelijke campagnes.

### Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>college van B&amp;W</b>
Regie en advies	<b>regiegroep LGB</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD, derden</b>

## Schadelijk alcoholgebruik

Teveel alcohol drinken heeft schadelijke gevolgen. Chronisch teveel alcohol beschadigt op den duur alle organen die direct bij de opname en verwerking van alcohol betrokken zijn, zoals de maag, de lever en de alveesklier. Ook de hersenen, het zenuwstelsel en het immuunsysteem lijden onder aanhoudend misbruik. Teveel drinken verhoogt bovendien het risico op hoge bloeddruk en daarmee op beroerten en bepaalde hartziekten. Diverse onderzoeken laten een verband zien tussen overmatig alcoholgebruik en kanker aan de mond, keel en slokdarm, vooral bij drinkers die ook roken. Overmatig gebruik van alcohol verhoogt ook het risico op kanker aan de lever en de dikke darm. Vrouwen die veel drinken krijgen vaker borstkanker dan vrouwen die niet drinken. Alcoholgebruik heeft gevolgen voor de vruchtbaarheid van zowel mannen als vrouwen en bij zwangere vrouwen zelfs gevolgen voor de ontwikkeling van het ongeboren kind. Bij de meeste negatieve effecten neemt het risico op schade toe, naarmate men méér drinkt.

De schade hangt mede af van de groep waartoe men behoort. Zo lopen jongeren en vrouwen een hoger risico. Fors alcoholgebruik op jonge leeftijd kan leiden tot acute alcoholvergiftiging en op langere termijn schade aan de hersenen. Die zijn immers nog in de groei. Uit onderzoek blijkt ook dat wie jong begint met het drinken van alcohol, op latere leeftijd een verhoogd risico op alcoholproblemen heeft. Onderzoek toont aan dat jongeren in Nederland fors meer alcohol drinken de afgelopen jaren. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging. Ouders zijn steeds makkelijker geworden over het (toenemende) drankgebruik van hun kinderen. Zij kennen de schadelijke effecten van alcohol meestal ook niet.

Landelijke doelstelling schadelijk alcoholgebruik:

- het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992
- minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010

### Voorbeelden:

- regionaal alcoholmatigingsproject "Laat je niet flessen":
  - ouderbrochure
  - leeftijdsinspecties alcoholverkoop
  - pilot JGZ interventie op basisscholen (o.a. Eersel)
  - pilot keetbeleid

- buzz actie
- artikelenreeks
- radiospot
- nalevingsonderzoek leeftijdsgrenzen bij verstrekkers
- ontwikkeling en implementatie verbeterd alcoholbeleid sportkantines
- ontwikkeling en implementatie verbeterd alcoholbeleid overige paracommercie
- handhavingsacties openbare dronkenschap
- huiskamerbijeenkomsten (o.a. Bergeijk en Reusel – De Mierden)
- extra controle kampeerboerderijen (Reusel – De Mierden)
- dienstverlening alcohol en drugs op het Pius X college (Bladel)

#### Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W</b>
Regie en advies	<b>regiegroep LGB</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD, Novadic-Kentron, derden</b>

#### **Overgewicht (bewegen en voeding)**

Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem. In 1980 had 1 op de 15 kinderen van 4 tot 14 jaar overgewicht, in 2004 was dit al 1 op de 5 kinderen. Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Mensen met obesitas (gevaarlijk overgewicht) leven minder lang en vooral langer in slechtere gezondheid. Met overgewicht lopen mensen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Mensen met overgewicht hebben vaak een negatieve stempel en kunnen daarmee psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken.

Het kabinet hanteert de volgende doelstellingen voor de aanpak van overgewicht:

- het percentage volwassenen met overgewicht moet gelijk blijven;
- het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.

#### Voorbeelden:

- individuele aanpak kinderen met overgewicht
- campagne "Familie Lekkerbek In Balans"
- project "Lekker Fit" basisschool (Bladel)
- sportbuurtwerk (Bladel en Eersel)
- ouderavonden op scholen voor voortgezet onderwijs over gezonde voeding (Bladel en Eersel)
- voorlichting gezonde voeding ouderen (Bladel)
- de werkgroep leefstijl initieert activiteiten op het terrein van het bevorderen van een gezonde leefstijl, met het accent op voeding en bewegen

#### Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W</b>
Regie en advies	<b>regiegroep LGB</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD, Zuidzorg, derden</b>

#### **Diabetes**

In Nederland hebben meer dan 600.000 mensen diabetes, elk jaar komen er ruim 70.000 bij. De verontrustende toename van (vooral ook jongere) diabetespatiënten, bedreigt de vitaliteit van de samenleving en heeft ook economische gevolgen.

Het kabinet wil dat het aantal patiënten met diabetes tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgt. De meeste winst is te behalen bij de groepen met meer kans op diabetes: jongeren met overgewicht, mensen met een lage sociaal economische status, allochtonen met een verhoogd risico, zwangere vrouwen en mensen die al diabetes hebben maar dat nog niet weten.

Landelijke doelstelling diabetes:

- het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen

- daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties

Voorbeelden:

- advies GGD en Diabetes preventie

Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W</b>
Regie en advies	<b>regiegroep LGB</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD</b>

**Depressie**

Per jaar lijden 737.000 volwassenen in Nederland aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) zet depressie bij mannen op de tweede plaats van veroorzakers van de grootste ziektelasten, bij vrouwen van 15 tot 40 jaar zelfs op de eerste plaats.

Belangrijke doelstelling bij depressie is: zorgen voor een groter bereik van de bewezen effectieve interventies de komende jaren.

Voorbeelden:

- pilot Maatschappelijke steunsystemen (Bladel)
- dienstverlening algemeen maatschappelijk werk
- project deskundigheidsbevordering signaleren door vrijwilligers

Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W</b>
Regie en advies	<b>regiegroep LGB</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGZ, AMW Dommelregio, GOW De Kempen</b>

**Seksueel overdraagbare aandoeningen / Seksueel risicogedrag**

Hoewel seksueel risicogedrag geen grote bijdrage levert aan de sterfte in Nederland, valt er met de preventie aanzienlijke gezondheidswinst te behalen en kunnen ernstige gevolgen voorkomen worden, zoals onvruchtbaarheid en ongewenste zwangerschap.

Seksualiteit en relaties zijn een belangrijk onderdeel van het leven en hebben een grote invloed op het geestelijk en lichamelijk welzijn van mensen. Vaak wordt er in dit verband gesproken van 'seksuele gezondheid'. Indicatoren voor seksuele gezondheid zijn onder meer de cijfers met betrekking tot ongewenste zwangerschappen, tienerzwangerschappen, abortus en soa/hiv.

Het landelijke percentage schoolgaande jongeren dat ervaring heeft met geslachtsgemeenschap is gestegen tot 31% in 2004; dit is bijna eenderde meer dan de 24% in 1995. De gemiddelde leeftijd waarop jongeren voor het eerst geslachtsgemeenschap hebben, ofwel de startleeftijd voor seksuele activiteit, is sinds 1995 niet noemenswaard veranderd. In eerdere decennia was nog wel sprake van een toename in vroege seksuele activiteit en daarmee ook in het risico op onveilig vrijgedrag. Een belangrijke risicogroep in de Kempen zijn jongeren. Uit de meest recente jeugdmonitor van de GGD Zuidoost-Brabant blijkt dat van de seksueel actieve 15-17 jarigen 55% wel eens onveilig seksueel contact heeft gehad.

Voorbeelden:

- advies en voorlichting aan scholen, jongerenwerkers, etc.

#### Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W</b>
Regie en advies	<b>regiegroep LGB</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD</b>

#### **Vergroten sociale weerbaarheid kinderen**

Het vergroten van weerbaarheid bij kinderen levert een bijdrage aan het voorkomen van psychosociale problemen bij kinderen, levert een bijdrage aan het voorkomen seksueel machtsmisbruik, aan het voorkomen van het gebruik van genotmiddelen en overgewicht ('nee' kunnen zeggen). Vergroting van sociale weerbaarheid kan daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan andere speerpunten.

#### Voorbeelden:

- sociale vaardigheidstraining basisonderwijs
- zomercursus "met plezier naar school"

#### Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W</b>
Regie en advies	<b>regiegroep LGB</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD, GGzE</b>

### **3.3.2 Jeugdgezondheidszorg**

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg van 0-19 jarigen. Dit is bepaald in de gewijzigde Wcpv en het bijbehorend Besluit Jeugdgezondheidszorg (BJGZ) in 2003. De toewijzing van een sterkere regierol van gemeenten ging gepaard met het vaststellen van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Dit basistakenpakket moet waarborgen dat alle kinderen in Nederland dezelfde basiszorg ontvangen en dat van elk kind dezelfde gegevens beschikbaar zijn. Binnen het basistakenpakket wordt gedifferentieerd naar een uniform en maatwerkdeel. Het uniformdeel bestaat uit activiteiten die op vastgestelde leeftijdsgebonden contactmomenten worden aangeboden. De beleidsvrijheid voor de gemeente is hier beperkt. Voor het maatwerkdeel heeft de gemeente beleidsvrijheid, hierbij gaat het om activiteiten die per gemeente, regio en jeugdige kunnen verschillen.

In de WCPV en de Wmo zijn de gemeentelijke taken in het kader van de jeugdgezondheidszorg beschreven. Aan de hand van deze taken zijn de kernactiviteiten van de jeugdgezondheidszorg weergegeven. Deze kernactiviteiten zijn:

- informatie en advies
- signalering en monitoring
- beoordelen en toeleiden
- licht pedagogische hulp
- coördinatie van zorg
- het treffen van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen

In de Kempengemeenten zijn de GGD en Zuidzorg de organisaties die deze taken voor een groot gedeelte uitvoeren.

#### **Informatie en advies**

De jeugdgezondheidszorg bevordert de condities voor jongeren om gezond op te groeien. Dit doet zij dagelijks in de reguliere contacten door het geven van informatie en advies op maat aan ouders en kinderen/jongeren. Voor ouders betreft dit alledaagse thema's als het stellen van grenzen, belonen en straffen, maar ook het omgaan met eetproblemen, bedplassen, het praten met hun kinderen over het gebruik van alcohol en drugs of wat te doen met een kind dat op school gepest wordt. Aan jongeren worden adviezen gegeven over bijvoorbeeld hygiëne, genotmiddelengebruik, seksualiteit en relaties. Informatie en advies wordt zowel individueel als in groepsverband aangeboden. De individuele voorlichting is onderdeel van de contactmomenten van jeugdgezondheidszorg met de jongere en ouders. De onderwerpen voor groepsvoorlichting worden veelal bepaald op basis van speerpunten in het ge-



meentelijk beleid (bijvoorbeeld alcoholpreventie) en aan de hand van thema's waar de gemeente/school de jeugdgezondheidszorg een rol toedicht.

Wat doen we:

- begeleidingshuisbezoeken
- spreekuur voor opvoedingsvragen
- kortdurende videohometraining
- baby extra (project voor ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen)
- gezondheidsvoorlichting en opvoedingsondersteuning
- inloopochtenden op basisscholen
- cursussen

Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W, Algemeen bestuur GGD</b>
Regie en advies	<b>Zuidzorg, GGD</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>Zuidzorg, GGzE, GGD</b>

**Signalering en monitoring**

Signalering door de jeugdgezondheidszorg (tot 4 jaar) vindt plaats bij de contactmomenten op het consultatiebureau, inloopspreekuur, huisbezoek of contacten met peuterspeelzaal en kinderdagverblijven. Signalering door de jeugdgezondheidszorg (4 tot 19 jaar) vindt plaats door preventieve gezondheidsonderzoeken (contactmomenten) door de GGD in groep 2, groep 7 van het basisonderwijs, in klas 2 van het voortgezet onderwijs en op het speciaal onderwijs. Meer dan 95% van de kinderen/jongeren wordt hiermee bereikt. In de gezondheidsonderzoeken wordt de ontwikkeling van de kinderen gemonitord. Risico's en problemen op zowel somatisch als psychosociaal en psychiatrisch gebied kunnen in een vroeg stadium gesignaleerd worden. Naast signalering op individueel niveau vindt via de epidemiologische onderzoeken van de GGD signalering op collectief niveau plaats. Op basis van de verkregen gegevens verschaft Jeugdgezondheidszorg inzicht in de gezondheidstoestand van de jeugd en de risico's die haar bedreigen.

Wat doen we:

- bereik van de doelgroep maximaliseren
- consultatiebureau
- bereik specifieke doelgroepen
- opstellen gezondheidsprofielen
- individuele contactmomenten groep 2 en 7 basisonderwijs, klas voortgezet onderwijs
- taal-spraakscreening groep 2
- logopedisch onderzoek groep 2
- epidemiologische analyse
- rapportage en beleidsadvies (profielen op niveau van gemeente, wijk en school)

Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W, Algemeen bestuur GGD</b>
Regie en advies	<b>Zuidzorg, GGD</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>Zuidzorg, GGD</b>

**Beoordelen en toeleiden**

De jeugdgezondheidszorg onderzoekt in welke mate de ouders/verzorgers en het kind worden belast en of ouders/verzorgers de opvoeding en verzorging van hun kind aan kunnen. Dit leidt tot een inschatting van de behoefte aan advies, begeleiding of hulpverlening. Wanneer verdere begeleiding of hulpverlening nodig is zal jeugdgezondheidszorg de jeugdige en/of ouders inzicht geven in de problematiek en hen motiveren voor en verwijzen en waar nodig begeleiden naar passende hulpverlening. Hierbij is het streven dat de kinderen en hun ouders zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijk en zo dichtbij mogelijk hulp krijgen. De jeugdgezondheidszorg blijft het kind volgen tot het is overgedragen aan huisarts, medisch specialist, maatschappelijk werk, bureau jeugdzorg etc. De jeugdgezondheidszorg is een van de partners die kinderen en hun ouders/verzorgers kunnen beoordelen en toeleiden.

De jeugdgezondheidszorg heeft hierbij een specifieke benadering, namelijk de benadering vanuit de sociaal-medische invalshoek. Dat wil zeggen dat vanuit de jeugdgezondheidszorg zowel rekening gehouden wordt met kindfactoren (aangeboren, lichamelijk, geestelijk, cognitief ) als met omgevingsfactoren. Ook heeft de jeugdgezondheidszorg toegang tot medische informatie en kan bij huisarts en specialist informatie opvragen.

Wat doen we:

- intake JGZ (huisbezoek alle kinderen als deze 2 weken oud zijn)
- spreekuren (telefonisch en inloop)
- VTO-team (vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsproblemen)
- spraak-Taal spreekuur
- pilot project Samen Starten (vroegsignalering van psycho-sociale problematiek)
- stevig Ouderschap (preventieprogramma gericht op risicogezinnen)
- onderzoek op aanvraag van derden (scholen, maatschappelijk werk, ouders) van risicokinderen en/of kinderen met spraak-taalproblemen
- hypothese-toetsend onderzoek door psycholoog / psychologisch assistente
- consultatie en deskundigheidsbevordering door psycholoog van artsen en verpleegkundigen bij aanpak kinderen met psychosociale problematiek, gedragsproblemen of ontwikkelingsachterstand
- consultatie en deskundigheidsbevordering door logopedist aan artsen en verpleegkundigen bij signaleren van spraak-taalproblemen
- advies aan intern begeleider / zorgcoördinator op school over individuele kinderen;
- advisering leerplichtambtenaar inzake leerplichtonthefing
- directe verwijzing naar 2<sup>o</sup> lijn naar aanleiding van individuele screening of vervolcontact
- volgen of een kind daadwerkelijk bij hulpverlening aankomt en/of hulpverlening krijgt
- motivatiegesprekken om toeleiding naar hulpverlening te bevorderen

Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	College van B&W, Algemeen bestuur GGD
Regie en advies	Zuidzorg, GGD
Uitvoeringsverantwoordelijkheid	Zuidzorg, GGD

**Licht pedagogische hulp**

In elke leeftijdsfase worden ouders met nieuwe opvoedingsvragen geconfronteerd. De meeste ouders stemmen hun manier van opvoeden automatisch af op wat hun kind nodig heeft in een bepaalde periode. Soms verloopt dit aanpassingsproces niet soepel en ervaren ouders opvoedingsproblemen. De jeugdgezondheidszorg beantwoordt tijdens de reguliere contactmomenten vragen over het opvoeden van kinderen. Veelal gaat het om vragen om informatie of een bevestiging of men de opvoeding op een goede manier aanpakt. Jeugdgezondheidszorg kan, op verzoek van gemeenten, haar expertise inzetten bij de kortdurende advisering en lichte hulpverlening, middels infopunten opvoeding of lichte ambulante begeleiding in de thuissituatie. Het betreft hier juist gezinnen met eenvoudige problemen, waarbij door vroegtijdig interveniëren voorkomen kan worden dat de problemen groter worden.

Voorbeelden:

In veel van de hierboven genoemde activiteiten zit deels ook licht pedagogische hulp andere voorbeelden van activiteiten zijn:

- videohometraining
- video interactie begeleiding
- licht ambulante hulp GGD (maximaal 3 of 5 gesprekken door arts, verpleegkundige of psycholoog)
- licht pedagogische begeleiding middels extra gesprekken (stap-voor-stap methode) in de thuissituatie
- zomertraining met plezier naar school
- jeugd preventie programma
- internet hulpverlening
- schoolmaatschappelijk werk
- infopunt opvoeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	College van B&W, Algemeen bestuur GGD
Regie en advies	Zuidzorg, GGD
Uitvoeringsverantwoordelijkheid	Zuidzorg, GGD

### Coördinatie van zorg

De gemeente moet ervoor zorgen dat lokale instellingen afspraken maken over het bij elkaar brengen van afzonderlijke probleemsignalen van/over het gezin en het onderling afstemmen van de hulpverlening. Deze functie van het lokale preventieve jeugdbeleid (en daarmee van de JGZ) is nog relatief onderontwikkeld. Inmiddels zijn er lokaal en landelijk ontwikkelingen in gang gezet die deze gemeentelijke functie verder moet versterken. Deze ontwikkelingen zijn:

- de verwijsindex risicojongeren
- centrum voor jeugd en gezin
- het elektronisch kinddossier

#### Verwijsindex

De verwijsindex risicojongeren is een (elektronische) applicatie waarin signalen die verschillende instellingen doorgeven worden geregistreerd. De verwijsindex bevat geen inhoudelijke informatie: er staat alleen in *dat* er een (risico)contact is geweest met een jeugdige, niet *wat* dat contact dan behelst.

De verwijsindex beperkt zich juist niet tot één instelling of één sector, maar verzamelt de signalen van zoveel mogelijk partijen die met jeugd in aanraking komen. Wanneer er twee of meer signalen binnen zijn over één en dezelfde persoon zal verbinding worden gelegd tussen de diverse melders waardoor zij in elk geval een beter beeld hebben en zij gecoördineerd actie gaan ondernemen.

In het kader van de verwijsindex wordt in de Kempengemeenten bij meerdere signalen afgesproken wie als zorgcoördinator het initiatief neemt om de betrokken partijen bij elkaar te roepen en afspraken te maken over de te verlenen zorg. Deze zorgcoördinator ziet tevens erop toe of de afgesproken zorg wordt geboden en het gewenste resultaat oplevert of dat er andere interventies wenselijk zijn. De jeugdgezondheidszorg heeft de expertise om, op voordracht van de gemeente, de rol van zorgcoördinatie op zich nemen.

#### Centrum voor jeugd en gezin

Het centrum voor jeugd en gezin is 1 loket waarin alle instellingen die zich met jeugdzorg bezighouden samenwerken. Achter dit loket worden de taken van in ieder geval de jeugdgezondheidszorg, de delen van het algemeen maatschappelijk werk die voor jeugdigen en/of ouders relevante ondersteuning aanbieden en andere organisaties op het gebied van de opvoed- en gezinsondersteuning, gebundeld. In een centrum voor jeugd en gezin brengt de jeugdgezondheidszorg informatie in over (de geschiedenis van) het kind en haar expertise op sociaal-medisch en pedagogisch gebied. In deze overleggen wordt afgestemd wie wat doet en wanneer dat gedaan wordt. De landelijke implementatie van deze centra zal naar alle waarschijnlijkheid in de periode 2008 – 2010 plaatsvinden

#### Elektronisch kinddossier

De Jeugdgezondheidszorg legt informatie over het kind en het gezin vast in het integraal dossier. De geschiedenis van het kind wordt vanaf -9 maanden vastgelegd. Zij registreert deze informatie op dit moment in een papieren dossier.

De rijksoverheid heeft het voornemen om vanaf 1 januari 2008 dit papieren dossier te vervangen door het Elektronisch Kinddossier (EKD). Per 1 januari wordt het EKD verplicht. Recent hebben de instellingen voor JGZ in Zuidoost-Brabant besloten om de invoering van het EKD in onderlinge samenwerking op regionaal niveau uit te voeren onder de noemer "Rondom Jeugd". Gemeenten hoeven dus over de invoering van het EKD niet apart met de JGZ 0-4 en met de JGZ 5-19 te overleggen.

#### Voorbeelden:

- bijdrage in permanente commissie voor leerlingenzorg (speciaal onderwijs)
- participatie in zorgteams op scholen of andere lokale structuren (basisonderwijs)
- participatie in buurtnetwerken
- participatie in beleidsnetwerken

#### Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W</b>
Regie en advies	<b>ketenpartners preventieve jeugdzorg / jeugdbeleid</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>ketenpartners preventieve jeugdzorg / jeugdbeleid</b>

#### **Het treffen van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen**

Hierbij gaat het om verschillende activiteiten ter preventie van gezondheidsrisico's. Voorbeelden hiervan zijn activiteiten als sociale vaardigheid- en weerbaarheidstrainingen, ziekteverzuimbegeleiding en hulp bij calamiteiten op scholen. Deze activiteiten worden in overleg met de Kempengemeenten en/ of scholen uitgevoerd.

#### Voorbeelden:

- ziekteverzuimbegeleiding voortgezet onderwijs
- gespreksgroep kinderen gescheiden ouders
- opleiding en advisering van "hoofdloisouders"
- bedplassen; voorlichting en korte interventie gericht op kinderen / ouders
- hulp bij calamiteiten in het onderwijs (bijvoorbeeld plotselinge dood leerkracht of leerling)
- externe vertrouwenspersoon
- project meisjesbesnijdenis

#### Aansturing / lokale beïnvloeding

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W, Algemeen bestuur GGD</b>
Regie en advies	<b>GGD</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD</b>

### **3.3.3 Algemene gezondheidszorg**

#### **Infectieziektebestrijding**

Infectieziektebestrijding in de openbare gezondheidszorg richt zich op de bestrijding van infectieziekten zoals kinkhoest, legionellose, hepatitis A, B en C, voedselinfecties, griep en seksueel overdraagbare aandoeningen. Infectieziektebestrijding heeft tot doel het optreden van infectieziekten zoveel mogelijk te voorkómen, toch opgetreden infectieziekten te signaleren en verspreiding van deze infectieziekten te bestrijden. In de Wcpv is vastgelegd dat de gemeenteraad verantwoording draagt voor de infectieziektebestrijding. De GGD heeft hierin een signalerende, ondersteunende en uitvoerende rol.

#### Wat doen we:

- bestrijding van infectieziekten in het algemeen
- bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids
- tuberculosebestrijding
- het opsporen van bronnen van infectieziekten en contacten van personen met een infectieziekte om zo verspreiding tegen te gaan
- het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding

#### Aansturing / lokale beïnvloeding:

Gezien de aard van het taakgebied zijn de beïnvloedingsmogelijkheden vanuit de gemeente beperkt. Infectieziektebestrijding is een uniforme taak waarin de GGD een signalerende, ondersteunende en uitvoerende rol heeft. Lokale preventieactiviteiten worden vooral ingegeven door de actualiteit van een bepaald inhoudelijk onderwerp.

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W, Algemeen bestuur GGD</b>
Regie en advies	<b>GGD</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD</b>

### Technische hygiënezorg

In de Wcpv is vastgelegd dat de gemeenteraad verantwoordelijk is voor het bevorderen van technische hygiënezorg in de gemeente. Deze taak wordt uitgevoerd door de GGD. In de wet wordt technische hygiënezorg als volgt omschreven: nagaan waar een risico bestaat op overdracht van infectieziekten, zoals legionella, infecties van het maag-darmkanaal, via bloed overdraagbare aandoeningen, zoals hiv-infecties en hepatitis B, en maatregelen voorstellen om dit risico te verminderen.

Het bevorderen van het hygiënisch handelen ter voorkoming van ziekten is een basistaak van de GGD. De GGD is dan ook het regionaal adviescentrum betreffende hygiëne voor zowel de gemeenten als de inwoners. Speciale aandacht wordt geboden aan risicogroepen (jonge kinderen en ouderen) en risicovolle omstandigheden met name in of rondom openbare gelegenheden. Het Rijk stelt aan gemeenten extra gelden ter beschikking voor toezicht op de kwaliteit van de kinderopvang. Scholen worden regelmatig gecontroleerd op hygiëne en veiligheidsaspecten.

#### Wat doen we:

- het bijhouden van een lijst met instellingen waar een verhoogd risico bestaat op overdracht van infectieziekten
- het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen
- het signaleren van ongewenste situaties
- het beantwoorden van vragen uit de bevolking
- het geven van voorlichting aan instellingen over technische hygiënezorg

#### Aansturing / lokale beïnvloeding:

In theorie heeft de gemeente grote beleidsvrijheid met betrekking tot de invulling van de technische hygiënezorg. Het gaat hier echter om een redelijk uniforme taak waar specialistische kennis en vaardigheden voor nodig zijn. Om pragmatische redenen is de uitvoering van deze taak neergelegd bij de GGD en zijn de lokale beïnvloedingsmogelijkheden beperkt.

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W, Algemeen bestuur GGD</b>
Regie en advies	<b>GGD</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD</b>

### Medische milieukunde

De medische milieukunde is een taak van de gemeenten die is vastgelegd in de Wcpv. De gemeenten hebben deze taak uitbesteed aan de GGD.

Een onderdeel waar de afdeling medische milieukunde van de GGD zich de laatste jaren sterk op heeft toegelegd is verbetering van het binnenmilieu. Mensen brengen gemiddeld 85% van hun tijd binnenshuis door, waarvan 70% in de eigen woning. Allerlei stoffen die binnenshuis vrijkomen, zoals vocht, tabaksrook en radon, kunnen zich bij slechte ventilatie ophopen in huis en kunnen gezondheidseffecten zoals hoofdpijn of luchtwegklachten veroorzaken. Het is daarom belangrijk om voldoende te ventileren. Mensen met luchtwegaandoeningen, zeer jonge kinderen, zieken en mensen met een slecht functionerend afweersysteem hebben een hoger risico op gezondheidseffecten zoals astma en allergie door verontreiniging van het binnenmilieu dan de algemene bevolking. Ook ouderen die minder mobiel zijn en daardoor vaak binnen zitten, lopen een hoger risico.

#### Wat doen we:

- het signaleren van ongewenste situaties. Een onderdeel daarvan is het doen van onderzoek naar de relatie tussen blootstelling aan milieufactoren en een bepaald gezondheidsprobleem
- adviseren over de gezondheidseffecten van beleid
- het beantwoorden van vragen, klachten en meldingen uit de bevolking

- het geven van op preventie gerichte voorlichting, zoals over een gezond binnenmilieu in scholen
- het adviseren over de gezondheidsrisico's van gevaarlijke stoffen bij ongelukken, incidenten en rampen of bij dreiging daarvan. In grootschalige situaties vindt deze advisering plaats onder coördinatie van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongelukken en Rampen (GHOR)

Aansturing / lokale beïnvloeding:

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>College van B&amp;W, Algemeen bestuur GGD</b>
Regie en advies	<b>GGD</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD</b>

### Bevolkingsonderzoeken

#### Bevolkingsonderzoek borstkanker

De organisatie van het bevolkingsonderzoek borstkanker is in handen van de Stichting Bevolkingsonderzoek Borstkanker Zuid-Nederland (BOBZ), een samenwerkingsverband van GGD'en in Noord-Brabant en Noord-Limburg en het Integraal Kankercentrum (IKZ) Eindhoven. Alle vrouwen van 50 tot en met 74 jaar worden om de twee jaar opgeroepen voor het maken van een röntgenfoto van de borsten. De GGD verricht coördinerende taken, verzorgt de uitnodigingen, de voorlichtingsactiviteiten en de evaluatie.

#### Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

In het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (BHK) worden alle vrouwen in de leeftijd van 30 tot en met 60 jaar uitgenodigd om een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts. Het is de bedoeling dat zoveel mogelijk huisartsen zelf de uitnodiging gaan versturen. De GGD verzorgt de rest van de uitnodigingen en verricht de voorlichting, registratie en evaluatie.

Aansturing / lokale beïnvloeding:

De gemeenten hebben geen invloed op de werkwijze binnen de bevolkingsonderzoeken. Gemeenten kunnen er wel zelf voor kiezen om extra activiteiten te ontplooiën zoals bijvoorbeeld projecten om de opkomst onder specifieke doelgroepen te verhogen.

Taak	Orgaan / organisatie
Bestuurlijke verantwoordelijkheid	<b>GGD</b>
Regie en advies	<b>GGD</b>
<b>Uitvoeringsverantwoordelijkheid</b>	<b>GGD</b>

### 3.4 Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen

Gezondheid heeft (vooral in de betekenis van welbevinden) veel raakvlakken met andere beleidsterreinen. Volgens artikel 2 van de Wcpv is de gemeente verplicht om bij bestuurlijke beslissingen de gezondheidsaspecten te bewaken. Dit wil dus zeggen dat gezondheidsaspecten van de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen moeten worden betrokken in de besluitvorming. Volgens artikel 5 van de Wcpv moeten gemeenten bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie eerst advies vragen bij de GGD. Kwalitatief noch kwantitatief wordt beschreven wat een gemeente tenminste moet doen om aan deze wettelijke verplichting te voldoen.

De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2007 onderzoek gedaan naar de mate waarin gemeenten aandacht besteden aan de verplichting om bij bestuurlijke beslissingen de gezondheidsaspecten te bewaken. De resultaten van dit onderzoek zijn nog niet bekend. In 2005 concludeerde de IGZ echter dat de gemeentelijke betrokkenheid bij de collectieve preventie nog niet voldoende was.

Gemeenten kunnen gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen bewaken door integraal beleid te voeren. Integraal beleid kent verschillende definities en verschillende vormen. Ongeacht definitie of vorm moet de doelstelling zijn om tenminste aan de wettelijke verplichting te voldoen. Het onderzoek van de IGZ zal uitsluitend moeten geven over de mate waarin de Kempengemeenten hieraan voldoen. De indruk die nu bestaat is echter dat niet in voldoende mate wordt voldaan aan de wettelijke verplichtingen.

Er is sprake van integraal gezondheidsbeleid wanneer beleidssectoren buiten het volksgezondheidsdomein al dan niet gezamenlijk beleid maken en daarbij de bescherming of bevordering van gezondheid als een van de doelen hebben. Bij facetbeleid probeert de sector volksgezondheid invloed uit te oefenen op andere sectoren. Facetbeleid kan als een variant van integraal beleid worden gezien.

Integraal beleid maken in het algemeen en gezondheidsfacetbeleid in het bijzonder staan in de vier Kempengemeenten nog in de kinderschoenen. Het invoeren van facetbeleid over de volle breedte vraagt het nodige van de gemeentelijke organisatie en kan niet vanuit één functionele afdeling worden ingevoerd. Om integraal of facetbeleid tot een succes te maken zal eerst de bedrijfsvoering van de totale organisatie onder de loep moeten worden genomen en worden geïnventariseerd welke aanpassingen in de bedrijfsvoering noodzakelijk zijn. Het moet wel mogelijk zijn om vanuit een inhoudelijk beleidsveld of functionele afdeling facetbeleid op de kaart te zetten. De staat van de bedrijfsvoering en de mogelijkheden van de organisatie vormen dan de grenzen voor de breedte en diepte van het facetbeleid.

De doelstelling voor de komende planperiode is dat tenminste aan de wettelijke verplichtingen wordt voldaan en dat vanuit de functionele afdeling en de GGD de acties worden genomen om dit te bewerkstelligen.

## Hoofdstuk 4: Randvoorwaarden

Om doelmatig en doeltreffend gezondheidsbeleid te kunnen voeren moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Indien aan één of meerdere voorwaarden niet of niet voldoende wordt voldaan zullen gestelde doelen niet worden gehaald en geplande activiteiten niet volgens plan worden uitgevoerd.

### 4.1 Organisatiestructuur

#### Algemeen

De ontwikkeling van het lokaal gezondheidsbeleid is begonnen voordat er sprake was van een brede samenwerking op verschillende terreinen in de Kempen tussen de gemeenten Bergeijk, Bladel, Eersel, Oirschot en Reusel-de Mierden. Inmiddels wordt er op verschillende terreinen, zoals de ISD en de Wmo, intensief samengewerkt. De samenwerking wordt dan volgens een min of meer vaste structuur vormgegeven: een stuurgroep met daarin alle portefeuillehouders sturen de samenwerking bestuurlijk aan en daaronder voeren regie-, project-, en werkgroepen taken uit. Voorgesteld wordt om in de nieuwe planperiode ook de LGB samenwerking op dezelfde manier vorm te geven.

Het is belangrijk om op te merken dat een gezamenlijke regionale nota lokaal gezondheidsbeleid niet wil zeggen dat we in alle gemeenten precies dezelfde dingen moeten doen. We kiezen voor een aantal gezamenlijke speerpunten binnen het domein gezondheidsbevordering. Binnen deze speerpunten kunnen de gemeenten zelf accenten leggen en zelf activiteiten initiëren en uitvoeren.

#### Stuurgroep LGB

In de stuurgroep hebben alle portefeuillehouders Gezondheidsbeleid van de Kempengemeenten zitten. Zij sturen de bestuurlijke samenwerking aan en zijn eindverantwoordelijk voor resultaten die worden behaald ten aanzien van de speerpunten overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, roken, depressie en SOA's / seksueel risicogedrag. De stuurgroep is eveneens verantwoordelijk voor de eindproducten van de regiegroep LGB.

#### Regiegroep LGB

In de regiegroep hebben de ambtenaren gezondheidsbeleid van de Kempengemeenten en diverse uitvoeringsinstellingen zitting. Deze uitvoeringsinstellingen zijn:

- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Zuidoost Brabant
- Zorgbelang Brabant
- Zuidzorg
- Maatschappelijk Werk Dommelregio
- Stichting Gecoördineerd Ouderenwerk De Kempen
- Regionale Stichting Zorgcentra De Kempen
- K2
- MEE
- Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen
- de huisartsen
- de gemeenten Bergeijk, Bladel, Eersel en Reusel – De Mierden

De regiegroep werkt in opdracht van de stuurgroep. De eerste opdracht die zij van de stuurgroep zal krijgen betreft het maken van een uitvoeringsplan voor de speerpunten van deze nota LGB.

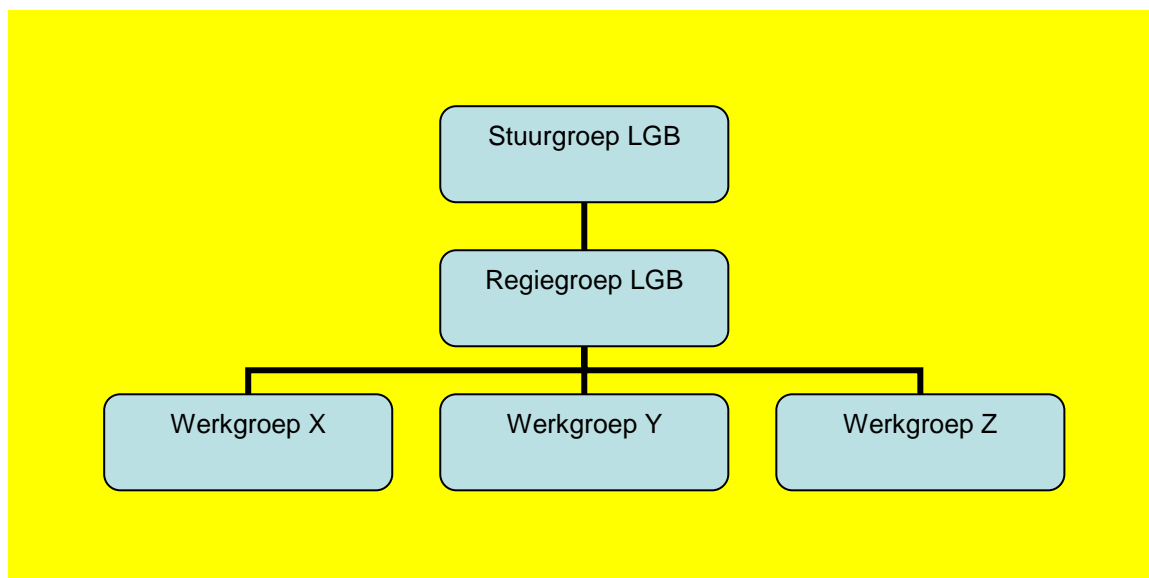
De belangrijkste aandachtspunten van de regiegroep bij het vervullen van haar taak zijn:

- Samenwerken waar het kan en lokaal maatwerk leveren waar het moet.
- De samenwerking is niet vrijblijvend, voor succes is commitment van de deelnemende partijen noodzakelijk.

#### Wergroepen

De regiegroep kan zich laten adviseren door werkgroepen. De samenstelling van de werkgroep is afhankelijk van het onderwerp waarover advies is gevraagd, maar zal over het algemeen bestaan uit uitvoerende medewerkers.





#### 4.2 Budget en formatie

In principe wordt het lokaal gezondheidsbeleid uitgevoerd binnen de bestaande budgettaire kaders. De gemiddelde ureninzet van ambtenaren gezondheidsbeleid blijft 4 uur per week. En de huidige lokale budgetten voor preventief gezondheidsbeleid blijven hetzelfde.

Van de samenwerkingspartners en regiegroepleden wordt verwacht dat zij binnen bestaande kaders bijdragen aan het lokale gezondheidsbeleid tenminste door de inzet van uren van deskundige medewerkers.

Indien er nieuwe activiteiten worden ontplooid die extra inzet van financiële middelen vergen dan zullen deze nieuwe wensen worden ingebracht in reguliere begrotingscyclus van de verschillende gemeenten.

#### 4.3 Uitvoeringsprogramma

Nadat de nota lokaal gezondheidsbeleid is vastgesteld stelt de regiegroep een uitvoeringsprogramma voor 2 jaar op. In dit programma komt te staan waarom welke activiteiten wanneer worden uitgevoerd, wie de activiteit uitvoert, wie ervoor verantwoordelijk is, en wat de kosten en dekking van de activiteit zijn.

De gemeente committeert zich aan het uitvoeringsprogramma doordat het college van burgemeester en wethouders het programma vaststelt. Uitvoeringsorganisaties committeren zich aan het programma door het ondertekenen van een intentieovereenkomst. Na 1,5 jaar wordt het uitvoeringsprogramma geëvalueerd en wordt, met behulp van de evaluatieresultaten, een nieuw 2 jaarlijks uitvoeringsprogramma gemaakt.

Wanneer zich nieuwe speerpunten aandienen tijdens de werkingsduur van het lokaal gezondheidsbeleid kan het beleid worden aangepast. Eventuele nieuwe speerpunten dienen te voldoen aan de volgende voorwaarden:

- het probleem / speerpunt is door middel van epidemiologisch onderzoek aangetoond
- het speerpunt betreft preventief gezondheidsbeleid
- de gemeente kan sturen op de oplossing van het probleem

Als de toevoeging ertoe leidt dat voor de reeds vastgestelde speerpunten minder activiteiten worden uitgevoerd ten gunste van het nieuwe speerpunt dan moeten de colleges van de 4 Kempengemeenten instemmen met de wijziging.

#### 4.4 Rapportage en evaluatie

Uiterlijk 1 december 2009 wordt aan het college van burgemeester en wethouders een tussenrapportage aangeboden. Dit is tevens het moment waarop beleidsuitgangspunten en / of activiteiten kunnen worden gewijzigd. De eindevaluatie is uiterlijk 1 juli 2011 afgerond zodat de resultaten kunnen worden meegenomen in het nieuwe meerjaren gezondheidsbeleid.

**Bijlagen:**

1. Lijst van gebruikte termen en afkortingen
2. Gezondheidssituatie per gemeente
  - Bergeijk
  - Bladel
  - Eersel
  - Reusel – De Mierden
3. Evaluatie activiteiten 2003 - 2007



## **Bijlage 1: Lijst van gebruikte termen en afkortingen**

AGZ – Algemene Gezondheidszorg  
Awbz – Algemene wet bijzondere ziektekosten  
BJGZ – Besluit Jeugdgezondheidszorg  
BOBZ – Bevolkingsonderzoek Borstkanker Zuid-Nederland  
EKD – Elektronisch Kinddossier  
GBV – Gezondheidsbevordering  
GGD – Gemeenschappelijke gezondheidsdienst  
GGzE – Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen  
GHOR – Geneeskundige hulpverlening bij ongelukken en rampen  
GVO – Gezondheidsvoorlichting  
IGZ – Inspectie voor de gezondheidszorg  
JGZ – Jeugdgezondheidszorg  
LGB – Lokaal gezondheidsbeleid  
OGZ – Openbare gezondheidszorg  
SOA – Seksueel overdraagbare aandoening  
VTO – Vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsproblemen  
VWS – Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport  
Wcpv – Wet collectieve preventie volksgezondheid  
WHO – World health organisation (Wereldgezondheidsorganisatie)  
Wmo – Wet maatschappelijke ondersteuning



## Bijlage 2: Gezondheidssituatie per gemeente

In het kader van de WCPV verzamelt en analyseert de GGD elke vier jaar gegevens over de gezondheidssituatie van de verschillende bevolkingsgroepen. Dat houdt in dat elk jaar een andere groep wordt onderzocht; achtereenvolgens de jeugd van 0-11 jaar, de jeugd van 12-18 jaar, de volwassenen tot 65 jaar en de ouderen. De uitkomsten van deze monitors leveren een schat aan informatie voor gemeentelijk beleid. Niet alleen het gezondheidsbeleid, maar ook het jeugdbeleid, ouderen- en gehandicaptenbeleid en niet te vergeten het beleid ten aanzien van de WMO kan de regionale en veelal ook lokale cijfers als input gebruiken.

Hieronder wordt een opsomming gegeven van de belangrijkste resultaten op het gebied van gezondheid en welzijn van de monitors in de afgelopen vier jaar, gegroepeerd naar thema en leeftijdsgroep. Opgemerkt dient te worden, dat het alleen voor de groep volwassenen en ouderen mogelijk was om de resultaten te vergelijken met eerder onderzoek. Voor de overige doelgroepen zijn nog geen trends weer te geven, althans niet op basis van het regionale onderzoek in Zuidoost-Brabant.

### Beschrijving van de gezondheid van de inwoners van Bergeijk op basis van de monitors van de GGD

#### Leefstijl

De manier waarop we leven en het gedrag dat we vertonen zijn van invloed op de gezondheid. Een gezonde leefstijl is van belang voor vele aspecten van gezondheid. Veel preventieve interventies richten zich daarom op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

#### 0-11 jarigen

- Hoewel het drinken van alcohol en roken tijdens de zwangerschap wordt afgeraden, heeft 13% van de moeders in Bergeijk gedurende (een deel van) de zwangerschap alcohol gedronken. In de totale regio Zuidoost Brabant is dit vergelijkbaar: 15%. Eén op de zeven moeders, 14%, rookte tijdens (een deel van) de zwangerschap (regio 18%).
- Borstvoeding beschermt en bevordert de gezondheid van moeder en kind en beschermt tegen overgewicht op latere leeftijd. Eén op de zes moeders in Bergeijk heeft haar baby, conform het advies van de WHO, tenminste 6 maanden borstvoeding gegeven. Ruim een op de drie moeders in Bergeijk heeft nooit borstvoeding gegeven.
- Voor opgroeiende kinderen is een goed ontbijt belangrijk. Onder kinderen die niet ontbijten komt overgewicht twee keer zo vaak voor als onder kinderen die wel een ontbijt gebruiken. In Bergeijk krijgt 3% van de 1-11 jarigen minder dan 5x per week een ontbijt. Naast een goed ontbijt is dagelijks fruit en groente van belang. Het lukt 45% van de kinderen niet om dagelijks fruit te eten en bij 46% lukt het niet dagelijks groente te eten. In de regio wordt in verhouding door meer kinderen fruit gegeten.
- Het poetsen van de tanden is het belangrijkste onderdeel van de dagelijkse tandzorg. Ouders van kinderen tot 9 jaar wordt geadviseerd na te poetsen. Ruim tweederde van de ouders (68%) in Bergeijk doet dit.
- Het aantal tussendoortjes speelt een belangrijke rol bij het behoud van zowel het gebit als het voorkomen van overgewicht. Een derde (32%) van de kinderen in Bergeijk krijgt minstens 4 x per dag een tussendoortje.

#### 12-17 jarigen

- Algemeen: in de groep 15-17 jarigen wordt meer riskant gedrag gezien dan in de jongere groep van 12-14 jaar.
- Hoewel het gebruik van alcohol door jongeren tot 16 jaar wordt afgeraden, heeft 58% van de jongeren in Bergeijk de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek alcohol gedronken; in de regio was dit 54%. Een groep van 8% heeft zelfs meer dan 20 glazen per week gedronken (dit zijn ongeveer .. jongeren). In heel Nederland dronk in 2002 3% van de 12 t/m 17 jarigen gemiddeld 3 of meer glazen per dag. In de regio Zuidoost-Brabant deed 6% van de jongeren dat; in Bergeijk zelfs 8%. Het alcoholgebruik in de Kempen ....
- Er zijn ook jongeren die de afgelopen 4 weken drugs gebruikt hebben; het gaat dan om circa 5% van de 12-17 jarigen. Het betreft vooral het gebruik van wiet of hasj.

- Door 9% van de jongeren worden dagelijks sigaretten gerookt. Een klein aantal jongeren (0.3%) rookt zelfs meer dan 20 sigaretten per dag (zwarte rokers).
- Het gedrag van jongeren staat vaak onder invloed van het gedrag van hun vriend(inn)en. In Bergeijk zegt 4% van de jongeren dat de meeste vrienden zich "riskant gedragen". In deze definitie wordt gesproken van riskant gedrag indien er sprake is van drie van de vier risicofactoren: wekelijks alcoholgebruik, drugsgebruik, gokken en/of spijbelen.
- Eén op de vijf jongeren in Bergeijk ontbijt minder dan 5 keer per week (19%). Dat betekent dat ze zeker één keer per week zonder ontbeten te hebben op school komen. Het is bekend dat het overslaan van het ontbijt kan leiden tot verminderde concentratie op school. Ook bestaat er een verband met overgewicht: kinderen die minder vaak ontbijten, hebben vaker overgewicht.
- Bijna tweederde (63%) van de jongeren die wel eens geslachtsgemeenschap gehad heeft, gebruikte daarbij niet altijd een condoom. Vrijen zonder condoom vergroot het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen SOA. Van de jongeren heeft 4% wel eens een ongewenste seksuele ervaring gehad variërend van zoenen tot intiem betasten of met iemand naar bed gaan.

#### 19-64 jarigen

- Ook het alcoholgebruik van volwassenen in de gehele regio is relatief hoog. Van de volwassen inwoners van Bergeijk voldoet 37% niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik, evenals in de totale regio Zuidoost-Brabant. In de provincie Noord-Brabant is dit percentage lager: 33%. Zestien procent drinkt 'overmatig' en 11% drinkt '(zeer) excessief'. Dit percentage is vergelijkbaar met dat van 1999.
- Het aantal mensen dat rookt is in de regio in de afgelopen jaren afgenomen (34%- 27%). Ook in Bergeijk is dit het geval: het percentage rokers daalde van 33% in 1999 naar 25% in 2005.

#### 65-84 jarigen

- 5% van de oudere bevolking ontbijt minder dan 5 keer per week.

### **Overgewicht**

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

#### 0-11 jarigen

- Van de kinderen vanaf 2 jaar heeft 8% overgewicht in Bergeijk. Bij 2% is zelfs sprake van obesitas. Kinderen met overgewicht hebben meer kans op het krijgen van diabetes, hart- en vaatziekten en gewrichtsproblemen. De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van overgewicht is een verkeerde balans tussen energie-inname (via voeding) en energiebesteding (voornamelijk via lichamelijke activiteit).
- Kinderen die meer dan 2 uur per dag televisiekijken en/of meer dan 2 uur per dag achter de computer zitten, minder dan een half uur per dag buitenspelen of geen lid zijn van een sportclub hebben vaker overgewicht. De meerderheid van de 0-11 jarigen speelt dagelijks minimaal een half uur buiten, slechts 2% haalt dat niet. In Bergeijk kijkt 13% van de kinderen vanaf één jaar meer dan 2 uur per dag tv of video en 3% van de kinderen zit meer dan 2 uur per dag achter de computer. Het aantal kinderen dat langer dan 2 uur per dag tv kijkt of achter de computer zit, neemt sterk toe met de leeftijd. Bijna zes op de tien kinderen vanaf 4 jaar is lid van een sportvereniging. Dat is minder vaak dan in de regio, waar 64% lid van een sportclub is.
- Eén op de zeven kinderen wordt meestal per auto naar school gebracht (15%). Voor de lichaamsbeweging van kinderen zou het beter zijn als ze zelf naar school lopen of fietsen.

#### 12-17 jarigen

- Net als in de regio Zuidoost Brabant kampt bijna één op de tien jongeren van 12-17 jaar met overgewicht. Bij 0,3% van hen is zelfs sprake van obesitas.
- Aanbevolen wordt om voldoende dagelijkse lichaamsbeweging te combineren met een gezond eetpatroon. Ruim driekwart van de Bergeijkse jongeren sport minstens één keer per week. Jongeren in de leeftijdscategorie tot 18 jaar wordt aangeraden dagelijks een uur te bewegen.

#### 19-64 jarigen

- Het aantal mensen met overgewicht in Bergeijk lijkt in de afgelopen jaren te zijn toegenomen. In 1999 had 42% overgewicht en nu maar liefst 48%. In de regio is een nog duidelijker toename te

zien van het aantal mensen met overgewicht. Ook het aandeel van de volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) is gestegen; in Bergeijk van 9% in 1999 naar 13% anno 2005.

- Bewegen en sporten doen de volwassenen in Bergeijk en de regio relatief vaak. Twee op de drie volwassenen (67%) voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

#### 65-84 jarigen

- Van de senioren heeft maar liefst 63% overgewicht, dit percentage is nog hoger dan dat in de regio (58%). Bij 16% van deze groep is sprake van ernstig overgewicht. Dit komt ongeveer overeen met 2001. Ondergewicht komt bij slechts 0,5% van de Bergeijkse senioren in deze leeftijdsgroep voor (0,9% in 2001).
- Een op de drie Bergeijkse ouderen voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor 55+ (*minstens 5 dagen per week een half uur matig intensief lichamelijke activiteit*). Ruim de helft (56%) sport minder dan 1 keer per week. Deze cijfers zijn niet direct te vergelijken met die uit 2001. Toen deed 37% van de senioren aan sport en 70% had minimaal 1 keer per week andere lichaamsbeweging.

#### **Gezondheid en welzijn**

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

#### 0-11 jarigen

- Het grootste deel van de ouders beoordeelt de gezondheid van hun kind als (heel) goed. In Bergeijk geeft 6% van de ouders aan de gezondheid van hun kind matig tot slecht te vinden.
- Een groter percentage van de kinderen heeft één of meer langdurige aandoeningen, namelijk 25%. De meest genoemde langdurige aandoeningen zijn eczeem / huidausslag (10%), astma / bronchitis (8%) en allergie (4%). Onder langdurige aandoeningen valt ook het percentage kinderen met diabetes mellitus; 0,2% van de kinderen in Bergeijk heeft dit.
- Maar liefst 51% van de kinderen heeft in de afgelopen 14 dagen medicijnen gebruikt (inclusief versterkende en weerstandsverhogende middelen). De meeste medicijnen, 42%, worden gebruikt zonder recept van de arts. Eén op de vijf kinderen (19%) heeft medicijnen gebruikt met recept van de arts.
- Met behulp van 7 gezichtjes die de gevoelens weergeven van erg blij tot erg somber is aan de ouders gevraagd hoe hun kind zich de afgelopen 3 maanden voelde. Driekwart van de kinderen voelt zich (heel) blij. Volgens de ouders is 2% van de kinderen een beetje tot erg somber.

#### 12-17 jarigen

- In vergelijking met de 0-11 jarigen beoordeelt een groter percentage van de 12-17 jarigen de eigen gezondheid als matig tot slecht; namelijk 14%. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat bij de 0-11 jarigen de vragenlijst is ingevuld door de ouders, bij de 12-17 jarigen door de jongere zelf.
- Het percentage jongeren met één of meer chronische aandoeningen is in deze leeftijdsgroep ook hoger; namelijk 33%. Het betreft met name allergieën (20%), respiratoire aandoeningen (6%) en eczeem (7%). Het aantal jongeren met diabetes mellitus is erg klein (0%).
- De psychosociale gezondheid van jongeren in Bergeijk is over het algemeen goed te noemen. Slechts 3% voelde zich afgelopen 3 maanden een beetje tot erg somber. Meisjes beoordelen hun geestelijke gezondheid vaak iets slechter dan jongens.

#### 19-64 jarigen

- De volwassenen in Bergeijk beoordelen hun lichamelijke gezondheid over het algemeen goed, net als in de regio. Slechts 1% ervaart de eigen gezondheid als slecht, 10% als matig.
- Eenderde van de volwassenen in Bergeijk heeft één of meer chronische ziekten, vastgesteld door een arts. Hoge bloeddruk (12%) en ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (7%) en van de nek/schouder (ook 7%) komen het meeste voor. In Bergeijk heeft 3% van de volwassenen diabetes. In 1999 was dat eveneens 3%.
- Minder vaak dan in de regio (49% versus 55%) hebben de Bergeijkse respondenten in het afgelopen jaar medicijnen op recept gebruikt. Bijna een derde (31%) deed dit in de twee weken voorafgaand aan het onderzoek. Ook vrij verkrijgbare medicijnen werden geregeld gebruikt: 20% in de afgelopen twee weken.
- Bijna één op de tien (8%) voelde zich het afgelopen jaar een beetje tot zeer somber.



### 65-84 jarigen

- Senioren vinden hun lichamelijke gezondheid duidelijk slechter dan de jongere leeftijdsgroepen. Ruim een kwart (27%) ervaart deze als matig tot slecht. Dit komt wel overeen met de regio. Ruim tweederde van de ouderen (69%) heeft 1 of meer chronische ziekten, vastgesteld door een arts. Dit is vergelijkbaar met de regio (68%). Met een betere lichamelijke gezondheid zou 24% zich naar eigen zeggen gelukkiger of beter voelen; in de regio zegt 29% dit.
- Van alle senioren heeft 78% de afgelopen 2 weken 1 of meer medicijnen gebruikt op recept (2001: 72% gebruik momenteel). Ruim een op de drie ouderen (36%) gebruikt medicijnen zonder recept. In de regio zijn deze percentages vergelijkbaar. Elf procent van alle senioren ervaart 1 of meerdere problemen met het eigen medicijngebruik. In 2001 was dit nog 17%.
- In Bergeijk voelen senioren zich even vrolijk als in de regio (27% is (heel) vrolijk). Veertien procent voelt zich daarentegen een beetje tot zeer somber. In 2001 was nog 35% (heel) vrolijk en 10% somber. Dit beeld lijkt anno 2006 dus iets ongunstiger. Een op de tien is beperkt in zijn bezigheden als gevolg van emotionele problemen. Van alle senioren denkt 7% zich beter of gelukkiger te voelen door een betere geestelijke gezondheid.

### **Eenzaamheid**

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

### 12-17 jarigen

- Naarmate kinderen ouder worden, worden leeftijdsgenoten steeds belangrijker in hun sociale netwerk. Veel jongeren willen bij een vriendenkring horen waaraan ze hun eigenwaarde en identiteit ontlenen. Van de jongeren in Bergeijk heeft 86% naar eigen mening genoeg vriend(inn)en. 19% Van de jongeren heeft een vaste relatie of verkering; dat zijn met name 15 t/m 17 jarigen.

### 19-64 jarigen

- Eenzaamheid is onder te verdelen in emotionele en sociale eenzaamheid. Bij emotionele eenzaamheid is er sprake van het gemis van intimiteit in persoonlijke relaties, of gemis van een vertrouwenspersoon. Bij sociale eenzaamheid is het aantal of de kwaliteit van de persoonlijke relaties minder dan gewenst. Sociale eenzaamheid komt vaker voor (38%) dan emotionele eenzaamheid (19%). Inwoners van Bergeijk voelen zich minder vaak emotioneel eenzaam (regio: 24%). Ruim een derde deel (36%) van de 19- t/m 64 jarigen uit Bergeijk blijkt zich matig tot zeer ernstig eenzaam te voelen. Ook in de hele regio is dit het geval. Het aandeel (zeer) ernstig eenzamen is in Bergeijk echter weer lager dan in de regio: 4% ten opzichte van 7%.

### 65-84 jarigen

- Onder de Bergeijkse senioren bevinden zich minder eenzamen dan in de regio: 41% versus 46%. Zeven procent van de ouderen is (zeer) ernstig eenzaam. In 2001 was de groep senioren die (zeer) eenzaam was nog 4%. Overigens geeft niet iedereen toe zich eenzaam te voelen als daar rechtstreeks naar gevraagd wordt. Dan zegt namelijk 76% ‘niet eenzaam te zijn’. In de regio is dit percentage lager: 71%.
- Emotionele eenzaamheid komt voor bij een kwart van de senioren. Sociale eenzaamheid komt weliswaar meer voor (42%), maar de Bergeijkse senioren scoren daarop toch duidelijk lager dan hun leeftijdsgenoten in de regio (47%).
- In Bergeijk krijgen ongeveer evenveel senioren al hulp bij hun eenzaamheid als in de rest van de regio (5% t.o.v. 6%). Drie procent van alle Bergeijkse senioren wil wel hulp, maar krijgt deze nog niet. Een op de zes (16%) senioren zegt geen hulp te willen bij hun ervaren eenzaamheid.
- Voor het eerst is door de GGD ook onderzocht welke soorten sociale netwerken een rol spelen in elke gemeente. In Bergeijk behoren duidelijk meer senioren tot een ‘lokaal geïntegreerd’ netwerktype (*wij kennen elkaar allemaal in de buurt en zorgen voor elkaar. Er komt altijd iemand kijken hoe het met mij gaat*). Bijna de helft (47%) van alle Bergeijkse ouderen heeft dit ingevuld, ten opzichte van 39% in de regio. Het ‘lokaal familie afhankelijk’ netwerktype (*ik heb gelukkig familie in de buurt. Zij zullen zonedig voor mij zorgen*) komt ook geregeld voor (29%). Daarentegen zien we in Bergeijk veel minder vaak (15% versus 19% in de regio) het ‘lokaal gereserveerd’ netwerktype (*ik hou ervan op mezelf te zijn, maar ik weet dat de burens er zijn als ik ze nodig heb*). De twee andere nagevraagde types komen slechts weinig voor.
- Ook is het kerkbezoek in Bergeijk vrij hoog: veel minder senioren dan in de regio zeggen “nooit naar de kerk te gaan” (25% t.o.v. 38%).

## **Ongevallen en letsels**

Ongevallen kunnen worden ingedeeld in privé-ongevallen, arbeidsongevallen, sportblessures en verkeersongevallen. Het gaat om letsels die plotseling zijn ontstaan en medisch behandeld zijn.

### 0-11 jarigen

- Ongevallen dragen in belangrijke mate bij tot gezondheidsproblemen bij kinderen. Van de kinderen in Bergeijk heeft 4% de afgelopen 3 maanden een medisch behandeld letsel, een vergiftiging of blessure gehad.

### 12-17 jarigen

- In de afgelopen 3 maanden is 19% van de jongeren medisch behandeld voor een letsel. Het betreft met name letsels ontstaan tijdens het sporten. Meer jongens dan meisjes zijn hiervoor behandeld.

### 19-64 jarigen

- In de afgelopen drie maanden is 11% medisch behandeld voor een letsel, vergiftiging of blessure. Het betreft met name letsels ontstaan tijdens het sporten en in en om het huis.

### 65-84 jarigen

- Van de senioren heeft 9% in de afgelopen 3 maanden een letsel opgelopen dat medisch behandeld is.

## **School**

Kinderen brengen vanaf hun vierde jaar veel tijd door op school. De vaardigheden die kinderen op school leren zijn van groot belang voor hun latere leven. Daarnaast is school een belangrijke plek om sociale contacten op te doen en vrienden te maken.

### 0-11 jarigen

- Problemen op school die met name genoemd worden door ouders van schoolgaande kinderen (vanaf 4 jaar) zijn concentratieproblemen. Ruim één op de 5 ouders in Bergeijk geeft concentratieproblemen aan (22%). In Bergeijk lijken de kinderen iets vaker een slechte relatie met de leerkracht te hebben dan in de regio: 14% versus 10%. Ook problemen in relaties met andere kinderen worden geregeld genoemd. In Bergeijk noemt 11% van de ouders met schoolgaande kinderen dit als een probleem op school. Alle genoemde problemen komen vaker bij jongens voor dan bij meisjes.

### 12-17 jarigen

- Vrijwel alle jongeren van 12-17 jaar in Bergeijk zijn schoolgaand. Het percentage jongeren dat een HAVO, VWO of HBO, universiteit volgt, is hetzelfde als in de regio (46%).
- Er wordt door de jongeren ook even vaak gespijbeld als in de regio; 7% spijbelde de laatste 4 weken voorafgaand aan het onderzoek, terwijl dit in de regio om 6% gaat. Het gaat hierbij om spijbelen anders dan door ziekte. Het percentage jongeren dat in de laatste 4 weken verzuimde wegens ziekte is 20%.

## **Opvoedingsondersteuning**

Ouders van opgroeiende kinderen hebben in meer of mindere mate vragen op het gebied van opvoeding. Ouders van jonge kinderen ervaren andere problemen dan ouders van oudere kinderen.

### (ouders van) 0-11 jarigen

- Opvoeden valt niet altijd mee; 28% van de ouders van de 0-11 jarigen in Bergeijk ervaart bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding en 13% ervaart zelfs zeer veel stress. De gemiddelde leeftijd van hun kinderen is overigens 6 jaar.
- 45% van de ouders heeft soms tot vaak problemen bij de opvoeding. De problemen hebben vooral te maken met 'luisteren en gehoorzamen' en 'het houden aan of stellen van grenzen, regels en afspraken'.
- In de vragenlijst heeft 5% van de ouders aangegeven momenteel behoefte te hebben aan professionele ondersteuning bij de opvoeding.

### 19-64 jarigen

- Ook in de monitor volwassenen is dit thema aan de orde gekomen. Ruim één op de drie ouders met thuiswonende kinderen jonger dan 25 jaar, ervaart bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding; 20% ervaart zelfs zeer veel stress. In Bergeijk heeft 49% van de ouders soms tot vaak problemen bij de opvoeding. In 1999 was dat nog 43%. In de regio is ook een stijging te zien (van 43% naar 46%). De meest genoemde problemen hebben ook nu weer te maken met houden aan of stellen van grenzen en luisteren/gehoorzamen. De gemiddelde leeftijd van deze kinderen is overigens 12 jaar.
- Twaalf procent van de ouders met kinderen jonger dan 25 jaar heeft voor deze problemen professionele hulp gevraagd.
- Zes procent van alle ouders heeft momenteel behoefte aan professionele ondersteuning bij de opvoeding.

### **(Binnen)Milieu**

De kwaliteit van het binnenmilieu is onder andere afhankelijk van de mate van ventilatie, of er gerookt wordt binnen, en de vochtigheidsgraad indien er schimmel- of vochtplekken in huis aanwezig zijn.

### 0-11 jarigen

- Kinderen van rokende ouders hebben meer kans op ziekten zoals luchtweginfecties, astma en oortontsteking dan kinderen bij wie nooit gerookt wordt in de omgeving. Bij 29% van de 0-11 jarigen in Bergeijk rookt tenminste één van de ouders. Volgens rapportage van de ouders is 24% van de kinderen afgelopen week blootgesteld in huis aan (sigaretten)rook. In de totale regio Zuidoost-Brabant werd 21% van de kinderen hieraan blootgesteld.
- Kinderen die opgroeien in een vochtige woning hebben een grotere kans op gezondheidsklachten als benauwdheid en hoesten of luchtwegklachten. In Bergeijk signaleert 9% van de ouders schimmel of vocht in de woning, en dan met name in de badkamer. Dat is minder dan gemiddeld in de regio Zuidoost Brabant (12%)

### 19-64 jarigen

- Ook voor volwassenen geldt dat vocht- en schimmelplekken en beperkte continue ventilatie kunnen leiden tot een hogere gezondheidsbelasting door een hogere blootstelling aan verontreiniging in het binnenmilieu. Dit kan zich onder andere uiten in meer luchtwegklachten. Schimmel- of vochtplekken in huis komen in Bergeijk in vergelijkbare mate voor als in de regio; namelijk bij 20% van de inwoners (regio 21%).
- Bijna eenderde van de volwassenen (32%) wordt blootgesteld aan sigaretten- of sigarenrook in huis. Voor een gezond binnenmilieu is goed ventileren onontbeerlijk.
- Vooral in de woonkamer en keuken wordt onvoldoende geventileerd. In Bergeijk ventileert ongeveer 70% van de volwassenen deze ruimten minder dan 24 uur per dag. In de slaapkamer is dit 53%. De badkamer wordt relatief het meest geventileerd: 28% ventileert onvoldoende; in de regio is dit 34%.
- Ruim één op de vier volwassenen (28%) in Bergeijk wordt gehinderd door geluid, 10% zelfs in erge mate. Men geeft aan het meest gehinderd te worden door geluid van wegverkeer en vliegtuigen (beide 12%). Dit laatste levert in Bergeijk derhalve vaker hinder op dan in de totale regio, waar slechts 8% gehinderd wordt door vliegverkeer. Positief is, dat in Bergeijk minder vaak hinder is van burenlawaai (4% versus 9% in de regio).

### **Mantelzorg**

Mantelzorg is de zorg die wordt gegeven aan een bekende uit de omgeving, die voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Als kanttekening moet worden aangegeven dat diegenen die al langere tijd intensief mantelzorg verlenen, vaak niet in de gelegenheid zijn om de vragenlijst van de GGD monitor in te vullen. Derhalve geven de cijfers hieronder waarschijnlijk een ondergrens aan.

### 19-64 jarigen

- In Bergeijk wordt momenteel door 8% (ongeveer 900 volwassenen) mantelzorg gegeven. Hierbij gaat het om zorg voor een bekende, die langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. De zorg wordt niet betaald. Ter vergelijking: bij de vorige peiling in 1999 zei maar liefst 14% momenteel mantelzorg te verlenen! Ook in de regio is een forse daling te zien: van 17% naar 8%. In het jaar voorafgaand aan het onderzoek gaf 12% van de volwassenen in Bergeijk op enig moment

mantelzorg. Van hen geeft 2% al langer dan drie maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg. De genoemde percentages zijn vergelijkbaar met de regio.

- Vrouwen blijken vaker mantelzorger dan mannen. Gezelschap, troost, afleiding (5%) en begeleiding en/of vervoer (4%) alsmede hulp in de huishouding (4%) zijn de vormen van mantelzorg die het meest gegeven worden. Mantelzorg wordt door deze leeftijdsgroep vooral gegeven aan (schoon)ouders (6%). Verreweg de meesten verlenen 1-10 uur zorg per week.
- Het grootste deel van de mantelzorgers heeft geen behoefte aan (extra) hulp of ondersteuning bij hun werkzaamheden als mantelzorger. De overigen hebben in Bergeijk vooral behoefte aan informatie en advies en in mindere mate aan emotionele steun. Slechts 0,3% van alle volwassenen in Bergeijk voelt zich (tamelijk) zwaar belast door het geven van mantelzorg. Wel is het zo dat er een sterke relatie bestaat tussen de mate van belasting en de behoefte aan mantelzorgondersteuning.
- Als meest voorkomende redenen voor het geven van mantelzorg worden algemene ouderdomsklachten (4%), gewrichtsslijtage (2%) en de ziekte van Alzheimer/dementie (1%) genoemd.
- In Bergeijk ontvangt 1% van de volwassenen momenteel mantelzorg, vooral van de partner. Drie procent heeft in het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen. Dit is vergelijkbaar met de regio. Evenals bij het geven van mantelzorg zijn hulp in de huishouding en gezelschap, troost, afleiding alsmede begeleiding en/of vervoer (alle 1%) de meest genoemde vormen van mantelzorg.

#### 65-84 jarigen

- Van alle zelfstandig wonende senioren zegt 11% in 2005 mantelzorg te hebben gegeven. Dit is vergelijkbaar met de regio (12%). Acht procent geeft (ook) momenteel mantelzorg. In de seniorenpeiling van 2001 is dit onderwerp in de gemeente Bergeijk niet nagevraagd.
- 3% geeft al langer dan 3 maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg.
- Vijf procent van alle Bergeijkse senioren ervaart soms of vaak problemen bij het geven van mantelzorg en ongeveer 1% voelt zich hierdoor (tamelijk) zwaar belast.
- De meeste mantelzorgers geven aan naast de eventuele hulp die ze nu al ontvangen, geen behoefte te hebben aan (extra) hulp. Slechts een kwart heeft behoefte aan een vervanger of aan informatie en advies. Ontspannende activiteiten, emotionele steun en belangenbehartiging worden hier niet genoemd.
- Voor driekwart van alle oudere mantelzorgers is het geven van mantelzorg een vanzelfsprekendheid. Een zelfde groep zegt dit te doen uit liefde en genegenheid. Men ziet het ook vaak als niet meer dan zijn/haar plicht, of zegt het ervoor over te hebben vanwege de goede relatie met de hulpbehoevende. De helft van de mantelzorgers put zelfs veel voldoening uit de zorg. Voor 1 op de 3 à 4 mantelzorgers geldt dat de hulpbehoevende het liefst door hem of haar geholpen wil worden of niet naar een aangepaste woonvorm of tehuis wil. Een kleinere groep zegt mantelzorg te geven omdat er 'niemand anders beschikbaar is' of omdat er onvoldoende thuiszorg beschikbaar is.
- 12% van de senioren in Bergeijk ontvangt momenteel mantelzorg.

#### **Risicofactoren (alle monitors samen)**

##### Lage ses

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

- Van 27% van de kinderen in Bergeijk zijn de aanwezige ouders in het gezin laag opgeleid (maximaal lagere school, LBO of MAVO). In de hele regio Zuidoost Brabant is dit vergelijkbaar (28%). Het opleidingsniveau van de jongeren is in Bergeijk vergelijkbaar met dat in de regio; 38% van de jongeren volgt het VMBO en 46% HAVO/VWO, HBO of WO.
- Het percentage ouders dat een laag inkomen heeft, is in Bergeijk ook vergelijkbaar met de regio; 22% verdient minder dan €1751 per maand netto. Van de ouders geeft 3% aan grote moeite te hebben om financieel rond te komen; in de regio is dit 4%.
- Het merendeel van de volwassenen in Bergeijk heeft een opleiding op middelbaar niveau; 6% heeft hooguit lagere school en 22% heeft een HBO of WO-opleidingsniveau. Dit is vergelijkbaar met de regio. Dit geldt ook voor de werksituatie: driekwart van de volwassenen in Bergeijk heeft betaald werk. Het huishoudinkomen is bij 31% lager dan €1750,- per maand, waarvan 12% lager

dan €1150,-. Van de volwassenen in Bergeijk heeft 15% enige moeite om rond te komen; 4% heeft zelfs grote moeite. Dit is duidelijk hoger dan in 1999 waar 9% enige moeite had om rond te komen en 3% grote moeite. In de regio is eveneens een toename te zien.

#### éénoudergezin

- Van de 0-11 jarigen in Bergeijk woont 8% van de kinderen in een éénoudergezin. Eenoudergezinnen hebben vaker moeite met rondkomen. Dat komt grotendeels door het lagere gezinsinkomen. In vergelijking met de 0-11 jarigen, is het percentage jongeren dat in een éénoudergezin woont bij de 12-17 jarigen met 5% iets lager.

#### Allochtonen

- Als risicofactor voor gezondheid bij kinderen wordt ook een niet-westerse achtergrond genoemd. In Bergeijk wonen relatief weinig allochtonen: 2% van de 0-11 jarigen heeft een niet-westerse etniciteit. Dit komt vrijwel overeen met de 3% van de 12-17 jarige Bergeijkenaren die van oorsprong niet-westers allochtoon zijn. In Bergeijk bestaat twee procent van de volwassenen uit niet-westerse allochtonen.

## Beschrijving van de gezondheid van de inwoners van Bladel op basis van de monitors van de GGD.

### Leefstijl

De manier waarop we leven en het gedrag dat we vertonen zijn van invloed op de gezondheid. Een gezonde leefstijl is van belang voor vele aspecten van gezondheid. Veel preventieve interventies richten zich daarom op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

#### 0-11 jarigen

- Hoewel het drinken van alcohol en roken tijdens de zwangerschap wordt afgeraden, heeft 13% van de moeders in Bladel gedurende (een deel van) de zwangerschap alcohol gedronken. In de totale regio Zuidoost Brabant is dit vergelijkbaar: 15%. Eén op de zeven moeders, 15%, rookte tijdens (een deel van) de zwangerschap (regio 18%).
- Borstvoeding beschermt en bevordert de gezondheid van moeder en kind en beschermt tegen overgewicht op latere leeftijd. Bijna een kwart van de moeders in Bladel heeft haar baby, conform het advies van de WHO, tenminste 6 maanden borstvoeding gegeven. Hiermee steekt Bladel vrij gunstig af tegenover de regio, waar 20% dit deed. Een derde van de kinderen in Bladel kreeg vanaf de geboorte (ook) kunstvoeding.
- Voor opgroeiende kinderen is een goed ontbijt belangrijk. Onder kinderen die niet ontbijten komt overgewicht twee keer zo vaak voor als onder kinderen die wel een ontbijt gebruiken. In Bladel krijgt 2% van de 1-11 jarigen minder dan 5x per week een ontbijt. Naast een goed ontbijt is dagelijks fruit en groente van belang. Het lukt 40% van de kinderen niet om dagelijks fruit te eten en bij 45% lukt het niet dagelijks groente te eten. In de regio is dit vergelijkbaar.
- Het poetsen van de tanden is het belangrijkste onderdeel van de dagelijkse tandzorg. Ouders van kinderen tot 9 jaar wordt geadviseerd na te poetsen. Bijna tweederde van de ouders (65%) in Bladel doet dit.
- Het aantal tussendoortjes speelt een belangrijke rol bij het behoud van zowel het gebit als het voorkomen van overgewicht. Een derde (31%) van de kinderen in Bladel krijgt minstens 4 x per dag een tussendoortje.

#### 12-17 jarigen

- Algemeen: in de groep 15-17 jarigen wordt meer riskant gedrag gezien dan in de jongere groep van 12-14 jaar.
- Hoewel het gebruik van alcohol door jongeren tot 16 jaar wordt afgeraden, heeft in de regio Zuidoost-Brabant meer liefst 28% van de 12-14 jarigen en 80% van de 15-17 jarigen alcohol gebruikt in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek. Gemiddeld dronk in deze periode 54% van de 12-17 jarigen alcohol. In Bladel ligt dit percentage nog hoger: 63% dronk alcohol in de laatste 4 weken. Een groep van 7% heeft zelfs meer dan 20 glazen per week gedronken.
- Er zijn ook jongeren die de afgelopen 4 weken drugs gebruikt hebben; het gaat dan om circa 4% van de 12-17 jarigen. Het betreft vooral het gebruik van wiet of hasj.
- Door 9% van de jongeren worden dagelijks sigaretten gerookt. Niemand van de jongeren in het onderzoek zegt meer dan 20 sigaretten per dag te roken.
- Het gedrag van jongeren staat vaak onder invloed van het gedrag van hun vriend(inn)en. In Bladel zegt 2% van de jongeren dat de meeste vrienden zich "riskant gedragen". In deze definitie wordt gesproken van riskant gedrag indien er sprake is van drie van de vier risicofactoren: wekelijks alcoholgebruik, drugsgebruik, gokken en/of spijbelen.
- Eén op de vijf jongeren in Bladel ontbijt minder dan 5 keer per week (19%). Dat betekent dat ze zeker één keer per week zonder ontbeten te hebben op school komen. Het is bekend dat het overslaan van het ontbijt kan leiden tot verminderde concentratie op school. Ook bestaat er een verband met overgewicht: kinderen die minder vaak ontbijten, hebben vaker overgewicht.
- Bijna tweederde (61%) van de jongeren die wel eens geslachtsgemeenschap gehad heeft, gebruikte daarbij niet altijd een condoom. Vrijen zonder condoom vergroot het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Van de jongeren heeft 5% wel eens een ongewenste seksuele ervaring gehad variërend van zoenen tot intiem betasten of met iemand naar bed gaan.

#### 19-64 jarigen

- Ook het alcoholgebruik van volwassenen in de gehele regio is relatief hoog. Van de volwassen inwoners van Bladel voldoet 35% niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik, vergelijkbaar met de totale regio Zuidoost-Brabant. In de provincie Noord-Brabant is dit percentage een fractie lager:

33%. Twaalf procent drinkt 'overmatig' en 9% drinkt '(zeer) excessief'. Dit percentage is een tikkel-tje hoger dan dat van 1999, toen was het namelijk 7%.

- Het aantal mensen dat rookt is in de regio in de afgelopen jaren afgenomen (34%- 27%). In Bladel was het aandeel rokers in 1999 al vrij laag (29%) en dit is nog verder gedaald naar 26% in 2005.

#### 65-84 jarigen

- 6% van de oudere bevolking ontbijt minder dan 5 keer per week.

#### **Overgewicht**

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

#### 0-11 jarigen

- Van de kinderen vanaf 2 jaar heeft 8% overgewicht in Bladel. Bij 2% is zelfs sprake van obesitas. Kinderen met overgewicht hebben meer kans op het krijgen van diabetes, hart- en vaatziekten en gewrichtsproblemen. De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van overgewicht is een verkeerde balans tussen energie-inname (via voeding) en energiebesteding (voornamelijk via lichamelijke activiteit).
- Kinderen die meer dan 2 uur per dag televisiekijken en/of meer dan 2 uur per dag achter de computer zitten, minder dan een half uur per dag buitenspelen of geen lid zijn van een sportclub hebben vaker overgewicht. De meerderheid van de 0-11 jarigen speelt dagelijks minimaal een half uur buiten, slechts 2% haalt dat niet. In Bladel kijkt 9% van de kinderen vanaf één jaar meer dan 2 uur per dag tv of video en 2% van de kinderen zit meer dan 2 uur per dag achter de computer. Het aantal kinderen dat langer dan 2 uur per dag tv kijkt of achter de computer zit, neemt sterk toe met de leeftijd. Bijna tweederde van de kinderen vanaf 4 jaar is lid van een sportvereniging. In de regio zijn de cijfers vergelijkbaar.
- Eén op de negen kinderen wordt meestal per auto naar school gebracht (11%). Voor de lichaamsbeweging van kinderen zou het beter zijn als ze zelf naar school lopen of fietsen. Bladel steekt gunstig af ten opzichte van de regio: daar wordt 17% met de auto gebracht.

#### 12-17 jarigen

- Eén op de acht jongeren van 12-17 jaar kampt met overgewicht. Bij 0,7% van hen is zelfs sprake van obesitas. In de regio is dit vergelijkbaar.
- Aanbevolen wordt om voldoende dagelijkse lichaamsbeweging te combineren met een gezond eetpatroon. Ruim driekwart van de Bladelse jongeren sport minstens één keer per week. Jongeren in de leeftijdscategorie tot 18 jaar wordt aangeraden dagelijks een uur te bewegen.

#### 19-64 jarigen

- Het aantal mensen met overgewicht lijkt ook in Bladel de afgelopen jaren te zijn toegenomen. In 1999 had 40% overgewicht en nu is dat 45%. In de totale regio is een nog duidelijker toename te zien van het aantal mensen met overgewicht. Vonden we in 1991 nog 'slechts' 31% volwassenen met overgewicht in de toenmalige regio Geldrop-Valkenswaard; in 1999 was dat al gestegen tot 38% en in 2005 maar liefst 47% (Zuidoost-Brabant). Ook het aandeel van de volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) is in diezelfde periode in Zuidoost-Brabant gestegen van 5% (1991) naar 7% (1999) naar 11% anno 2005. In Bladel bleef de stijging beperkt: van 7% in 1999 naar 8% anno 2005.
- Bewegen en sporten doen de volwassenen in Bladel en de regio relatief vaak. Twee op de drie volwassenen (67%) voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

#### 65-84 jarigen

- Van de senioren heeft maar liefst 60% overgewicht, dit percentage is vergelijkbaar met dat in de regio (58%). Bij 16% van deze groep is sprake van ernstig overgewicht. Dit komt ongeveer overeen met 2001. Ondergewicht komt bij slechts 0,2% van de Bladelse senioren in deze leeftijdsgroep voor (1% in 2001).
- Een op de drie Bladelse ouderen voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor 55+ (*minstens 5 dagen per week een half uur matig intensief lichamelijke activiteit*). Zes op de tien ouderen sporten minder dan 1 keer per week. Deze cijfers zijn niet direct te vergelijken met die uit

2001. Toen deed 34% van de senioren aan sport en 65% had minimaal 1 keer per week andere lichaamsbeweging.

### **Gezondheid en welzijn**

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

#### 0-11 jarigen

- Het grootste deel van de ouders beoordeelt de gezondheid van hun kind als (heel) goed. In Bladel geeft 6% van de ouders aan de gezondheid van hun kind matig tot slecht te vinden.
- Een groter percentage van de kinderen heeft één of meer langdurige aandoeningen, namelijk 26%. De meest genoemde langdurige aandoeningen zijn eczeem / huiduitslag (8%, dit is lager dan het regiocijfer van 11%), astma / bronchitis (9%) en allergie (5%). Onder langdurige aandoeningen valt ook het percentage kinderen met diabetes mellitus; geen van de geënquêteerde kinderen in Bladel heeft dit. In de totale regio heeft 0,1% van de 0-11 jarigen deze ziekte.
- Maar liefst 47% van de kinderen heeft in de afgelopen 14 dagen medicijnen gebruikt (inclusief versterkende en weerstandsverhogende middelen). De meeste medicijnen, 39%, worden gebruikt zonder recept van de arts. Eén op de zeven kinderen (14%) heeft medicijnen gebruikt met recept van de arts, hetgeen lager is dan in de regio: 19%.
- Met behulp van 7 gezichtjes die de gevoelens weergeven van erg blij tot erg somber is aan de ouders gevraagd hoe hun kind zich de afgelopen 3 maanden voelde. Driekwart van de kinderen voelt zich (heel) blij. Volgens de ouders is 2% van de kinderen een beetje tot erg somber.

#### 12-17 jarigen

- In vergelijking met de 0-11 jarigen beoordeelt een groter percentage van de 12-17 jarigen de eigen gezondheid als matig tot slecht; namelijk 20%. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat bij de 0-11 jarigen de vragenlijst is ingevuld door de ouders, bij de 12-17 jarigen door de jongere zelf. Dit percentage is echter ook hoog ten opzichte van leeftijdsgenoten uit de totale regio. Van hen geeft 15% aan zich matig tot slecht te voelen.
- Het percentage jongeren met één of meer chronische aandoeningen is in deze leeftijdsgroep ook hoger; namelijk 39%. Het betreft met name allergieën (21%) en eczeem (10%). Het aantal jongeren met respiratoire aandoeningen is lager dan in de totale regio (4% versus 8%). Diabetes mellitus (suikerziekte) komt in deze leeftijdsgroep nog bijna niet voor (0%).
- De psychosociale gezondheid van jongeren in Bladel is over het algemeen goed te noemen. Slechts 4% voelde zich afgelopen 3 maanden een beetje tot erg somber. Meisjes beoordelen hun geestelijke gezondheid vaak iets slechter dan jongens.

#### 19-64 jarigen

- De volwassenen in Bladel beoordelen hun lichamelijke gezondheid over het algemeen goed, net als in de regio. Slechts 1% ervaart de eigen gezondheid als slecht, 12% als matig.
- Eenderde van de volwassenen in Bladel heeft één of meer chronische ziekten, vastgesteld door een arts. Hoge bloeddruk (12%), ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (7%) en gewrichtsslijtage van de heupen/knieën (ook 7%) komen het meeste voor. In Bladel heeft 3% van de volwassenen diabetes. In 1999 was dat 2%.
- Net als in de regio (58% versus 55%) hebben de Bladelse respondenten in het afgelopen jaar medicijnen op recept gebruikt. Bijna een derde (32%) deed dit in de twee weken voorafgaand aan het onderzoek. Ook vrij verkrijgbare medicijnen werden geregeld gebruikt: 18% in de afgelopen twee weken.
- Bijna één op de tien (9%) voelde zich het afgelopen jaar een beetje tot zeer somber.

#### 65-84 jarigen

- Senioren vinden hun lichamelijke gezondheid duidelijk slechter dan de jongere leeftijdsgroepen. Bijna een derde (32%) ervaart deze als matig tot slecht. Dit komt wel overeen met de regio. Ruim tweederde van de ouderen (70%) heeft 1 of meer chronische ziekten, vastgesteld door een arts. Dit is vergelijkbaar met de regio (68%). Met een betere lichamelijke gezondheid zou 24% zich naar eigen zeggen gelukkiger of beter voelen; in de regio zegt 29% dit.
- Van alle senioren heeft 81% de afgelopen 2 weken 1 of meer medicijnen gebruikt op recept (2001: 73% gebruik momenteel). Ruim een op de drie ouderen (37%) gebruikt medicijnen zonder recept.



In de regio zijn deze percentages vergelijkbaar. Dertien procent van alle senioren ervaart 1 of meerdere problemen met het eigen medicijngebruik. In 2001 was dit nog 18%.

- In Bladel voelen senioren zich even vrolijk als in de regio (26% is (heel) vrolijk). Elf procent voelt zich een beetje tot zeer somber. In 2001 was 31% (heel) vrolijk en 12% somber. Een op de negen is beperkt in zijn bezigheden als gevolg van emotionele problemen. Van alle senioren denkt 8% zich beter of gelukkiger te voelen door een betere geestelijke gezondheid.

### **Eenzaamheid**

Eenzaamheid heeft te maken met tekorten in iemands sociale relaties. Het is een gevoel en daarom niet hetzelfde als "eenzaam zijn", en het is onplezierig en bedrukkend.

#### 12-17 jarigen

- Naarmate kinderen ouder worden, worden leeftijdsgenoten steeds belangrijker in hun sociale netwerk. Veel jongeren willen bij een vriendenkring horen waaraan ze hun eigenwaarde en identiteit ontlenuen. Van de jongeren in Bladel heeft 83% naar eigen mening genoeg vriend(inn)en. Vergelijken met de regio hebben vrij veel jongeren (22%; regio 17%) een vaste relatie of verkering; dat zijn met name 15 t/m 17 jarigen.

#### 19-64 jarigen

- Eenzaamheid is onder te verdelen in emotionele en sociale eenzaamheid. Bij emotionele eenzaamheid is er sprake van het gemis van intimiteit in persoonlijke relaties, of gemis van een vertrouwenspersoon. Bij sociale eenzaamheid is het aantal of de kwaliteit van de persoonlijke relaties minder dan gewenst. Sociale eenzaamheid komt vaker voor (38%) dan emotionele eenzaamheid (21%). Ruim een derde deel (36%) van de 19- t/m 64 jarigen uit Bladel blijkt zich matig tot zeer ernstig eenzaam te voelen. Het aandeel (zeer) ernstig eenzamen is 6%. Daarmee is het beeld rond eenzaamheid in Bladel zeer vergelijkbaar met dat in de hele regio.

#### 65-84 jarigen

- Onder de Bladelse senioren bevinden zich ongeveer evenveel eenzamen als in de regio: 48% versus 46%. Acht procent van de ouderen is (zeer) ernstig eenzaam. In 2001 was de groep senioren die (zeer) eenzaam was vergelijkbaar met 9%, maar waren er minder matig eenzamen (25% versus 40% nu). Overigens geeft niet iedereen toe zich eenzaam te voelen als daar rechtstreeks naar gevraagd wordt. Dan zegt namelijk 72% 'niet eenzaam te zijn'.
- Emotionele eenzaamheid komt voor bij ruim een kwart van de senioren. Sociale eenzaamheid komt vaker voor (50%), dit is ook zo in de regio (47%).
- In Bladel krijgen ongeveer evenveel senioren al hulp bij hun eenzaamheid als in de rest van de regio (7% t.o.v. 6%). Vijf procent van alle Bladelse senioren wil wel hulp, maar krijgt deze nog niet. Een op de zes (16%) senioren zegt geen hulp te willen bij hun ervaren eenzaamheid.
- Voor het eerst is door de GGD ook onderzocht welke soorten sociale netwerken een rol spelen in elke gemeente. In Bladel behoren de meeste senioren tot een 'lokaal geïntegreerd' netwerktype (*wij kennen elkaar allemaal in de buurt en zorgen voor elkaar. Er komt altijd iemand kijken hoe het met mij gaat*). Veertig procent van alle Bladelse ouderen heeft dit ingevuld. Het 'lokaal familie afhankelijk' netwerktype (*ik heb gelukkig familie in de buurt. Zij zullen zonedig voor mij zorgen*) komt ook geregeld voor (33%). Daarentegen zien we in Bladel veel minder vaak (17%) het 'lokaal gereserveerd' netwerktype (*ik hou ervan op mezelf te zijn, maar ik weet dat de bureu er zijn als ik ze nodig heb*). De twee andere nagevraagde types komen slechts weinig voor. Alle genoemde percentages zijn zeer vergelijkbaar met de totale regio.
- Wel is het kerkbezoek in Bladel vrij hoog: veel minder senioren dan in de regio zeggen "nooit naar de kerk te gaan" (29% t.o.v. 38%).

### **Ongevallen en letsels**

Ongevallen kunnen worden ingedeeld in privé-ongevallen, arbeidsongevallen, sportblessures en verkeersongevallen. Het gaat om letsels die plotseling zijn ontstaan en medisch behandeld zijn.

#### 0-11 jarigen

- Ongevallen dragen in belangrijke mate bij tot gezondheidsproblemen bij kinderen. Van de kinderen in Bladel heeft 4% de afgelopen 3 maanden een medisch behandeld letsel, een vergiftiging of blessure gehad.

### 12-17 jarigen

- In de afgelopen 3 maanden is 23% van de jongeren medisch behandeld voor een letsel. Het betreft met name letsels ontstaan tijdens het sporten. Meer jongens dan meisjes zijn hiervoor behandeld.

### 19-64 jarigen

- In de afgelopen drie maanden is 14% medisch behandeld voor een letsel, vergiftiging of blessure. Het betreft met name letsels ontstaan tijdens het sporten en in en om het huis.

### 65-84 jarigen

- Van de senioren heeft 8% in de afgelopen 3 maanden een letsel opgelopen dat medisch behandeld is.

## **School**

Kinderen brengen vanaf hun vierde jaar veel tijd door op school. De vaardigheden die kinderen op school leren zijn van groot belang voor hun latere leven. Daarnaast is school een belangrijke plek om sociale contacten op te doen en vrienden te maken.

### 0-11 jarigen

- Problemen op school die met name genoemd worden door ouders van schoolgaande kinderen (vanaf 4 jaar) zijn concentratieproblemen. Bijna een kwart van de ouders in Bladel geeft dit aan (23%). Ook een slechte relatie met de leraar (13%) en problemen in relaties met andere kinderen (10%) worden geregeld genoemd. Alle genoemde problemen komen vaker voor bij jongens en in de oudere leeftijdsgroep. Het totaalbeeld is goed vergelijkbaar met de regio.

### 12-17 jarigen

- Vrijwel alle jongeren van 12-17 jaar in Bladel zijn schoolgaand. Het percentage jongeren dat een HAVO, VWO of HBO, universiteit volgt, is hetzelfde als in de regio (46%).
- Er wordt door de jongeren ook ongeveer even vaak gespijeld als in de regio; 8% spijbelde de laatste 4 weken voorafgaand aan het onderzoek, terwijl dit in de regio om 6% gaat. Het gaat hierbij om spijbelen anders dan door ziekte. Het percentage jongeren dat in de laatste 4 weken verzuimde wegens ziekte is 23%.

## **Opvoedingsondersteuning**

Ouders van opgroeiende kinderen hebben in meer of mindere mate vragen op het gebied van opvoeding. Ouders van jonge kinderen ervaren andere problemen dan ouders van oudere kinderen.

### (ouders van) 0-11 jarigen

- Opvoeden valt niet altijd mee; 33% van de ouders van de 0-11 jarigen in Bladel ervaart bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding en 13% ervaart zelfs zeer veel stress. De gemiddelde leeftijd van hun kinderen is overigens 6 jaar.
- 42% van de ouders heeft soms tot vaak problemen bij de opvoeding. De problemen hebben vooral te maken met 'luisteren en gehoorzamen' en 'het houden aan of stellen van grenzen, regels en afspraken'.
- In de vragenlijst heeft 7% van de ouders aangegeven momenteel behoefte te hebben aan professionele ondersteuning bij de opvoeding.

### 19-64 jarigen

- Ook in de monitor volwassenen is dit thema aan de orde gekomen. Vier op de tien ouders met thuiswonende kinderen jonger dan 25 jaar, ervaren bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding; 18% ervaart zelfs zeer veel stress. In Bladel heeft 53% van de ouders soms tot vaak problemen bij de opvoeding. In 1999 was dat nog 46%. In de regio is ook een stijging te zien (van 43% naar 46%). De meest genoemde problemen hebben ook nu weer te maken met houden aan of stellen van grenzen (dit wordt in Bladel zelfs relatief vaker genoemd) en luisteren/gehoorzamen. De gemiddelde leeftijd van deze kinderen is overigens 12 jaar.
- Dertien procent van de ouders met kinderen jonger dan 25 jaar heeft voor deze problemen professionele hulp gevraagd.
- Vijf procent van alle ouders heeft momenteel behoefte aan professionele ondersteuning bij de opvoeding.

## **(Binnen)Milieu**

De kwaliteit van het binnenmilieu is onder andere afhankelijk van de mate van ventilatie, of er gerookt wordt binnen, en de vochtigheidsgraad indien er schimmel- of vochtplekken in huis aanwezig zijn.

### 0-11 jarigen

- Kinderen van rokende ouders hebben meer kans op ziekten zoals luchtweginfecties, astma en oorontsteking dan kinderen bij wie nooit gerookt wordt in de omgeving. Bij 27% van de 0-11 jarigen in Bladel rookt tenminste één van de ouders. Volgens rapportage van de ouders is 16% van de kinderen afgelopen week blootgesteld in huis aan (sigaretten)rook. Dit is gunstig ten opzichte van de totale regio Zuidoost-Brabant, waar 21% van de kinderen hieraan werd blootgesteld.
- Kinderen die opgroeien in een vochtige woning hebben een grotere kans op gezondheidsklachten als benauwdheid en hoesten of luchtwegklachten. In Bladel signaleert 10% van de ouders schimmel of vocht in de woning, en dan met name in de badkamer. Dat is vergelijkbaar met de regio (12%).

### 19-64 jarigen

- Ook voor volwassenen geldt dat vocht- en schimmelplekken en beperkte continue ventilatie kunnen leiden tot een hogere gezondheidsbelasting door een hogere blootstelling aan verontreiniging in het binnenmilieu. Dit kan zich onder andere uiten in meer luchtwegklachten. Schimmel- of vochtplekken in huis komen in Bladel in vergelijkbare mate voor als in de regio; namelijk bij 19% van de inwoners (regio 21%).
- Bijna eenderde van de volwassenen (31%) wordt blootgesteld aan sigaretten- of sigarenrook in huis. Voor een gezond binnenmilieu is goed ventileren onontbeerlijk.
- Vooral in de woonkamer en keuken wordt onvoldoende geventileerd (ook ten opzichte van de regio). In Bladel ventileert ongeveer driekwart van de volwassenen deze ruimten minder dan 24 uur per dag. In de slaapkamer is dit 56%. De badkamer wordt relatief het meest geventileerd: 'slechts' 28% ventileert onvoldoende; in de regio is dit 34%.
- Ruim één op de vier volwassenen (27%) in Bladel wordt gehinderd door geluid, 12% zelfs in erge mate. Men geeft aan het meest gehinderd te worden door geluid van wegverkeer (12%) en vliegtuigen (10%). Burenlawaai hindert 8% van de volwassenen.

## **Mantelzorg**

Mantelzorg is de zorg die wordt gegeven aan een bekende uit de omgeving, die voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Als kanttekening moet worden aangegeven dat diegenen die al langere tijd intensief mantelzorg verlenen, vaak niet in de gelegenheid zijn om de vragenlijst van de GGD monitor in te vullen. Derhalve geven de cijfers hieronder waarschijnlijk een ondergrens aan.

### 19-64 jarigen

- In Bladel wordt momenteel door 8% (ongeveer 900 volwassenen) mantelzorg gegeven. Hierbij gaat het om zorg voor een bekende, die langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. De zorg wordt niet betaald. In eerder onderzoek zijn hierover in Bladel geen vragen gesteld, maar voor de rest van de regio Zuidoost-Brabant is een forse daling te zien in het percentage mantelzorgers: van 17% in 1999 naar 8% in 2005. In het jaar voorafgaand aan het onderzoek gaf 12% van de volwassenen in Bladel op enig moment mantelzorg. Van hen geeft 2% al langer dan drie maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg. De genoemde percentages zijn vergelijkbaar met de regio.
- Vrouwen blijken vaker mantelzorger dan mannen. Gezelschap, troost, afleiding (4%) en begeleiding en/of vervoer (4%) alsmede hulp in de huishouding (5%) zijn de vormen van mantelzorg die het meest gegeven worden. Mantelzorg wordt door deze leeftijdsgroep vooral gegeven aan (schoon)ouders (5%). Verreweg de meesten verlenen 1-10 uur zorg per week.
- Het grootste deel van de mantelzorgers heeft geen behoefte aan (extra) hulp of ondersteuning bij hun werkzaamheden als mantelzorger. De overigen hebben in Bladel vooral behoefte aan informatie en advies en in mindere mate aan emotionele steun, ontspannende activiteiten en een vervanger om eens een keer weg te kunnen. Slechts 0,9% van alle volwassenen in Bladel voelt zich (tamelijk) zwaar belast door het geven van mantelzorg. Wel is het zo dat er een sterke relatie bestaat tussen de mate van belasting en de behoefte aan mantelzorgondersteuning.

- Als meest voorkomende redenen voor het geven van mantelzorg worden algemene ouderdomsklachten (4%), gewrichtsslijtage (2%) en beroerte/hersenbloeding/-infarct/TIA (2%) genoemd.
- In Bladel ontvangt 2% van de volwassenen momenteel mantelzorg, vooral van de partner. Vier procent heeft in het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen. Dit is vergelijkbaar met de regio. Evenals bij het geven van mantelzorg zijn hulp in de huishouding (2%) en gezelschap, troost, afleiding (2%) alsmede begeleiding en/of vervoer (1%) de meest genoemde vormen van mantelzorg.

#### 65-84 jarigen

- Van alle zelfstandig wonende senioren zegt 11% in 2005 mantelzorg te hebben gegeven. Dit is vergelijkbaar met de regio (12%). Zeven procent geeft (ook) momenteel mantelzorg. In de seniorenpeiling van 2001 gaf maar liefst 23% van de Bladelse ouderen aan wel eens mantelzorg te verlenen. Net als bij de volwassenen zien we dus een daling in het percentage mantelzorgers. In de regio is dit ook het geval.
- 3% geeft al langer dan 3 maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg.
- Zes procent van alle Bladelse senioren ervaart soms of vaak problemen bij het geven van mantelzorg en 0,5% voelt zich hierdoor (tamelijk) zwaar belast.
- De meeste mantelzorgers geven aan naast de eventuele hulp die ze nu al ontvangen, geen behoefte te hebben aan (extra) hulp. Slechts een klein deel heeft behoefte aan informatie en advies, belangenbehartiging, ontspannende activiteiten of emotionele steun.
- Voor vrijwel alle oudere mantelzorgers is het geven van mantelzorg een vanzelfsprekendheid. Een grote groep zegt dit ook te doen uit liefde en genegenheid. Men ziet het ook vaak als niet meer dan zijn/haar plicht, of zegt het ervoor over te hebben vanwege de goede relatie met de hulpbehoevende. De helft van de mantelzorgers put zelfs veel voldoening uit de zorg. Voor ongeveer de helft mantelzorgers geldt dat de hulpbehoevende het liefst door hem of haar geholpen wil worden of niet naar een aangepaste woonvorm of tehuis wil. Een kleine groep zegt mantelzorg te geven omdat er 'niemand anders beschikbaar is' of omdat er onvoldoende thuiszorg beschikbaar is.
- 13% van de senioren in Bladel ontvangt momenteel mantelzorg. In 2001 was dat nog 29%.

#### **Risicofactoren (alle monitors samen)**

##### Lage ses

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

- Van 30% van de kinderen in Bladel zijn de aanwezige ouders in het gezin laag opgeleid (maximaal lagere school, LBO of MAVO). In de hele regio Zuidoost Brabant is dit vergelijkbaar (28%). Het opleidingsniveau van de jongeren is in Bladel vergelijkbaar met dat in de regio; 40% van de jongeren volgt het VMBO en 46% HAVO/VWO, HBO of WO.
- Het percentage ouders dat een laag inkomen heeft, is in Bladel ook vergelijkbaar met de regio; 22% verdient minder dan €1751 per maand netto. Van de ouders geeft 3% aan grote moeite te hebben om financieel rond te komen; in de regio is dit 4%.
- Het merendeel van de volwassenen in Bladel heeft een opleiding op middelbaar niveau; 5% heeft hooguit lagere school en 22% heeft een HBO of WO-opleidingsniveau. Dit is vergelijkbaar met de regio. Dit geldt ook voor de werksituatie: driekwart van de volwassenen in Bladel heeft betaald werk. Het huishoudinkomen is bij 36% lager dan €1750,- per maand, waarvan 15% lager dan €1150,-. Van de volwassenen in Bladel heeft 20% enige moeite om rond te komen; 6% heeft zelfs grote moeite. Dit is duidelijk hoger dan in 1999 waar 9% enige moeite had om rond te komen en 3% grote moeite. In de regio is eveneens een toename te zien.

##### éénoudergezin

- Van de 0-11 jarigen in Bladel woont slechts 2% van de kinderen in een éénouder-gezin; in de totale regio is dat 6%. Eenoudergezinnen hebben vaker moeite met rondkomen. Dat komt grotendeels door het lagere gezinsinkomen. In vergelijking met de 0-11 jarigen, is het percentage jongeren dat in een éénoudergezin woont bij de 12-17 jarigen hoger, namelijk 7%.

### Allochtonen

- Als risicofactor voor gezondheid bij kinderen wordt ook een niet-westerse achtergrond genoemd. In Bladel wonen relatief weinig allochtonen: 2% van de 0-11 jarigen heeft een niet-westerse etniciteit. Van de 12-17 jarige respondenten uit Bladel was slechts 0,6% van oorsprong niet-westers allochtoon. Tenslotte bestaat één procent van de volwassenen uit niet-westerse allochtonen.

## Beschrijving van de gezondheid van de inwoners van Eersel op basis van de monitors van de GGD.

### Leefstijl

De manier waarop we leven en het gedrag dat we vertonen zijn van invloed op de gezondheid. Een gezonde leefstijl is van belang voor vele aspecten van gezondheid. Veel preventieve interventies richten zich daarom op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

#### 0-11 jarigen

- Hoewel het drinken van alcohol en roken tijdens de zwangerschap wordt afgeraden, heeft 16% van de moeders in Eersel gedurende (een deel van) de zwangerschap alcohol gedronken. In de totale regio Zuidoost Brabant is dit vergelijkbaar: 15%. Net als in de regio rookte 18% van de moeders tijdens (een deel van) de zwangerschap.
- Borstvoeding beschermt en bevordert de gezondheid van moeder en kind en beschermt tegen overgewicht op latere leeftijd. Ruim een op de vijf (22%) van de moeders in Eersel heeft haar baby, conform het advies van de WHO, tenminste 6 maanden borstvoeding gegeven. Dit is vergelijkbaar met de regio, waar 20% dit deed. Ruim een derde van de kinderen in Eersel kreeg vanaf de geboorte (ook) kunstvoeding.
- Voor opgroeiende kinderen is een goed ontbijt belangrijk. Onder kinderen die niet ontbijten komt overgewicht twee keer zo vaak voor als onder kinderen die wel een ontbijt gebruiken. In Eersel krijgt 2% van de 1-11 jarigen minder dan 5x per week een ontbijt. Naast een goed ontbijt is dagelijks fruit en groente van belang. Het lukt 44% van de kinderen niet om dagelijks fruit te eten en bij 46% lukt het niet dagelijks groente te eten. In de regio eten relatief meer kinderen fruit.
- Het poetsen van de tanden is het belangrijkste onderdeel van de dagelijkse tandzorg. Ouders van kinderen tot 9 jaar wordt geadviseerd na te poetsen. Tweederde van de ouders (66%) in Eersel doet dit.
- Het aantal tussendoortjes speelt een belangrijke rol bij het behoud van zowel het gebit als het voorkomen van overgewicht. Een derde (35%) van de kinderen in Eersel krijgt minstens 4 x per dag een tussendoortje.

#### 12-17 jarigen

- Algemeen: in de groep 15-17 jarigen wordt meer riskant gedrag gezien dan in de jongere groep van 12-14 jaar.
- Hoewel het gebruik van alcohol door jongeren tot 16 jaar wordt afgeraden, heeft in de regio Zuidoost-Brabant meer liefst 28% van de 12-14 jarigen en 80% van de 15-17 jarigen alcohol gebruikt in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek. Gemiddeld dronk in deze periode 54% van de 12-17 jarigen alcohol. In Eersel ligt dit percentage nog hoger: 59% dronk alcohol in de laatste 4 weken. Een groep van 9% heeft zelfs meer dan 20 glazen per week gedronken. Ook dit is een hoger percentage dan in de regio (6%).
- Er zijn ook jongeren die de afgelopen 4 weken drugs gebruikt hebben; het gaat dan om circa 5% van de 12-17 jarigen. Het betreft vooral het gebruik van wiet of hasj.
- Door 6% van de jongeren worden dagelijks sigaretten gerookt. Een klein aantal jongeren (0.2%) rookt zelfs meer dan 20 sigaretten per dag (zwarte rokers).
- Het gedrag van jongeren staat vaak onder invloed van het gedrag van hun vriend(inn)en. In Eersel zegt 2% van de jongeren dat de meeste vrienden zich "riskant gedragen". In deze definitie wordt gesproken van riskant gedrag indien er sprake is van drie van de vier risicofactoren: wekelijks alcoholgebruik, drugsgebruik, gokken en/of spijbelen.
- Eén op de zeven jongeren in Eersel ontbijt minder dan 5 keer per week (15%). Dat betekent dat ze zeker één keer per week zonder ontbeten te hebben op school komen. Het is bekend dat het overslaan van het ontbijt kan leiden tot verminderde concentratie op school. Ook bestaat er een verband met overgewicht: kinderen die minder vaak ontbijten, hebben vaker overgewicht.
- Bijna tweederde (60%) van de jongeren die wel eens geslachtsgemeenschap gehad heeft, gebruikte daarbij niet altijd een condoom. Vrijen zonder condoom vergroot het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Van de jongeren heeft 4% wel eens een ongewenste seksuele ervaring gehad variërend van zoenen tot intiem betasten of met iemand naar bed gaan.

#### 19-64 jarigen

- Ook het alcoholgebruik van volwassenen in de gehele regio is relatief hoog. Van de volwassen inwoners van Eersel voldoet 36% niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik, vergelijkbaar met de totale regio Zuidoost-Brabant. In de provincie Noord-Brabant is dit percentage een fractie lager:

33%. Dertien procent drinkt 'overmatig' en 9% drinkt '(zeer) excessief'. Dit percentage is vergelijkbaar met dat van 1999.

- Het aantal mensen dat rookt is in de regio in de afgelopen jaren afgenomen (34%- 27%). In Eersel is het aandeel rokers gedaald van 31% in 1999 naar 26% in 2005.

#### 65-84 jarigen

- 7% van de oudere bevolking ontbijt minder dan 5 keer per week.

#### **Overgewicht**

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

#### 0-11 jarigen

- Van de kinderen vanaf 2 jaar heeft 9% overgewicht in Eersel. Bij 2% is zelfs sprake van obesitas. Kinderen met overgewicht hebben meer kans op het krijgen van diabetes, hart- en vaatziekten en gewrichtsproblemen. De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van overgewicht is een verkeerde balans tussen energie-inname (via voeding) en energiebesteding (voornamelijk via lichamelijke activiteit).
- Kinderen die meer dan 2 uur per dag televisiekijken en/of meer dan 2 uur per dag achter de computer zitten, minder dan een half uur per dag buitenspelen of geen lid zijn van een sportclub hebben vaker overgewicht. De overgrote meerderheid van de 0-11 jarigen speelt dagelijks minimaal een half uur buiten, slechts 1% haalt dat niet. In Eersel kijkt 11% van de kinderen vanaf één jaar meer dan 2 uur per dag tv of video en 2% van de kinderen zit meer dan 2 uur per dag achter de computer. Het aantal kinderen dat langer dan 2 uur per dag tv kijkt of achter de computer zit, neemt sterk toe met de leeftijd. Ruim tweederde van de kinderen vanaf 4 jaar is lid van een sportvereniging. In de regio zijn de cijfers vergelijkbaar.
- Eén op de zes kinderen wordt meestal per auto naar school gebracht (17%). Voor de lichaamsbeweging van kinderen zou het beter zijn als ze zelf naar school lopen of fietsen.

#### 12-17 jarigen

- Eén op de acht jongeren van 12-17 jaar kampt met overgewicht. Bij 2% van hen is zelfs sprake van obesitas. In de regio is dit vergelijkbaar.
- Aanbevolen wordt om voldoende dagelijkse lichaamsbeweging te combineren met een gezond eetpatroon. Het overgrote deel (85%) van de Eerselse jongeren sport minstens één keer per week. In Eersel sporten meer jongeren dan in de regio (85% versus 78%). Jongeren in de leeftijdscategorie tot 18 jaar wordt aangeraden dagelijks een uur te bewegen.

#### 19-64 jarigen

- Het aantal mensen met overgewicht is in Eersel, net als in de regio, de afgelopen jaren behoorlijk toegenomen. In 1999 had in Eersel 38% overgewicht en nu is dat maar liefst 48%. In de totale regio is sinds 1991 een duidelijke toename te zien van het aantal mensen met overgewicht. Vonden we in 1991 nog 'slechts' 31% volwassenen met overgewicht in de toenmalige regio Geldrop-Valkenswaard; in 1999 was dat al gestegen tot 38% en in 2005 maar liefst 47% (Zuidoost-Brabant). Ook het aandeel van de volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) is in diezelfde periode in Zuidoost-Brabant gestegen van 5% (1991) naar 7% (1999) naar 11% anno 2005. In Eersel is hetzelfde beeld te zien: van 6% in 1999 naar 11% anno 2005.
- Bewegen en sporten doen de volwassenen in Eersel en de regio relatief vaak. Twee op de drie volwassenen (69%) voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

#### 65-84 jarigen

- Van de senioren heeft maar liefst 58% overgewicht, net als in de regio. Bij 15% van deze groep is sprake van ernstig overgewicht. Dit komt ongeveer overeen met 2001. Ondergewicht komt bij slechts 0,6% van de Eerselse senioren in deze leeftijdsgroep voor (0,7% in 2001).
- Een op de drie Eerselse ouderen voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor 55+ (*minstens 5 dagen per week een half uur matig intensief lichamelijke activiteit*). Ruim de helft (56%) sport minder dan 1 keer per week. Deze cijfers zijn niet direct te vergelijken met die uit 2001. Toen deed 35% van de senioren aan sport en 72% had minimaal 1 keer per week andere lichaamsbeweging.

## Gezondheid en welzijn

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

### 0-11 jarigen

- Het grootste deel van de ouders beoordeelt de gezondheid van hun kind als (heel) goed. In Eersel geeft 6% van de ouders aan de gezondheid van hun kind matig tot slecht te vinden.
- Een groter percentage van de kinderen heeft één of meer langdurige aandoeningen, namelijk 30%. De meest genoemde langdurige aandoeningen zijn eczeem / huiduitslag (11%, regio idem), astma / bronchitis (10%, dit is hoger dan het regiocijfer van 8%) en allergie (6%, regio 5%). Onder langdurige aandoeningen valt ook het percentage kinderen met diabetes mellitus; geen van de geënquêteerde kinderen in Eersel heeft dit. In de totale regio heeft 0,1% van de 0-11 jarigen deze ziekte.
- Maar liefst 47% van de kinderen heeft in de afgelopen 14 dagen medicijnen gebruikt (inclusief versterkende en weerstandsverhogende middelen). De meeste medicijnen, 37%, worden gebruikt zonder recept van de arts. Eén op de vijf kinderen (19%) heeft medicijnen gebruikt met recept van de arts, hetgeen gelijk is aan het regiocijfer.
- Met behulp van 7 gezichtjes die de gevoelens weergeven van erg blij tot erg somber is aan de ouders gevraagd hoe hun kind zich de afgelopen 3 maanden voelde. Ruim driekwart van de kinderen voelt zich (heel) blij. Volgens de ouders is slechts 0,7% van de kinderen een beetje tot erg somber.

### 12-17 jarigen

- In vergelijking met de 0-11 jarigen beoordeelt een groter percentage van de 12-17 jarigen de eigen gezondheid als matig tot slecht; namelijk 14%. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat bij de 0-11 jarigen de vragenlijst is ingevuld door de ouders, bij de 12-17 jarigen door de jongere zelf. Dit percentage is vergelijkbaar met dat in de totale regio (15%).
- Het percentage jongeren met één of meer chronische aandoeningen is in deze leeftijdsgroep ook hoger; namelijk 38%. Het betreft met name allergieën (17%), eczeem (8%) en respiratoire aandoeningen (7%). Diabetes mellitus (suikerziekte) komt in deze leeftijdsgroep nog bijna niet voor (0,5%).
- De psychosociale gezondheid van jongeren in Eersel is over het algemeen goed te noemen. Slechts 3% voelde zich afgelopen 3 maanden een beetje tot erg somber. Meisjes beoordelen hun geestelijke gezondheid vaak iets slechter dan jongens.

### 19-64 jarigen

- De volwassenen in Eersel beoordelen hun lichamelijke gezondheid over het algemeen goed, net als in de regio. Slechts 1% ervaart de eigen gezondheid als slecht, 9% als matig.
- Eenderde van de volwassenen in Eersel heeft één of meer chronische ziekten, vastgesteld door een arts. Hoge bloeddruk (11%), ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (7%) en gewrichtsslijtage van de heupen/knieën (6%) komen het meeste voor. In Eersel heeft 2% van de volwassenen diabetes. In 1999 was dat ook 2%.
- Net als in de regio (53% versus 55%) hebben de Eerselse respondenten in het afgelopen jaar medicijnen op recept gebruikt. Ruim een kwart (27%) deed dit in de twee weken voorafgaand aan het onderzoek. Ook vrij verkrijgbare medicijnen werden geregeld gebruikt: 17% in de afgelopen twee weken.
- Eén op de tien voelde zich het afgelopen jaar een beetje tot zeer somber. Dat is meer dan in 1999; toen voelde 6% zich het laatste jaar een beetje tot zeer somber.

### 65-84 jarigen

- Senioren vinden hun lichamelijke gezondheid duidelijk slechter dan de jongere leeftijdsgroepen. Ruim een kwart (28%) ervaart deze als matig tot slecht. Dit komt wel overeen met de regio. Bijna tweederde van de ouderen (63%) heeft 1 of meer chronische ziekten, vastgesteld door een arts. Dit is iets lager dan in de regio (68%). Met een betere lichamelijke gezondheid zou 26% zich naar eigen zeggen gelukkiger of beter voelen; in de regio zegt 29% dit.
- Van alle senioren uit Eersel heeft 74% de afgelopen 2 weken 1 of meer medicijnen gebruikt op recept. Dit is weliswaar iets hoger dan in 2001 (69% "gebruik momenteel"), maar tegelijkertijd la-



ger dan het regiocijfer (79%). Ruim een op de drie ouderen (36%) gebruikt medicijnen zonder recept. Elf procent van alle senioren ervaart 1 of meerdere problemen met het eigen medicijngebruik. In 2001 was dit nog 16%.

- In Eersel voelen senioren zich even vrolijk als in de regio (26% is (heel) vrolijk). Veertien procent voelt zich daarentegen een beetje tot zeer somber. In 2001 was nog 35% (heel) vrolijk en 10% somber. Dit beeld lijkt anno 2006 dus iets ongunstiger. Een op de twaalf is beperkt in zijn bezigheden als gevolg van emotionele problemen. Van alle senioren denkt 7% zich beter of gelukkiger te voelen door een betere geestelijke gezondheid.

### **Eenzaamheid**

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

#### 12-17 jarigen

- Naarmate kinderen ouder worden, worden leeftijdsgenoten steeds belangrijker in hun sociale netwerk. Veel jongeren willen bij een vriendenkring horen waaraan ze hun eigenwaarde en identiteit ontlenuen. Van de jongeren in Eersel heeft 85% naar eigen mening genoeg vriend(inn)en. Een klein deel van de jongeren (18%; regio 17%) heeft een vaste relatie of verkering; dat zijn met name 15 t/m 17 jarigen.

#### 19-64 jarigen

- Eenzaamheid is onder te verdelen in emotionele en sociale eenzaamheid. Bij emotionele eenzaamheid is er sprake van het gemis van intimiteit in persoonlijke relaties, of gemis van een vertrouwenspersoon. Bij sociale eenzaamheid is het aantal of de kwaliteit van de persoonlijke relaties minder dan gewenst. Sociale eenzaamheid komt vaker voor (39%) dan emotionele eenzaamheid (21%). Ruim een derde deel (35%) van de 19- t/m 64 jarigen uit Eersel blijkt zich matig tot zeer ernstig eenzaam te voelen. Het aandeel (zeer) ernstig eenzamen is 5%. Daarmee is het beeld rond eenzaamheid in Eersel zeer vergelijkbaar met dat in de hele regio.

#### 65-84 jarigen

- Onder de Eerselse senioren bevinden zich vrijwel evenveel eenzamen als in de regio: 44% versus 46%. Zes procent van de ouderen is (zeer) ernstig eenzaam; in de regio 8%. Overigens geeft niet iedereen toe zich eenzaam te voelen als daar rechtstreeks naar gevraagd wordt. Dan zegt namelijk 74% 'niet eenzaam te zijn'.
- Emotionele eenzaamheid komt voor bij een kwart van de senioren. Sociale eenzaamheid komt meer voor (46%); dit alles is zeer vergelijkbaar met de regio.
- In Eersel krijgen ongeveer evenveel senioren al hulp bij hun eenzaamheid als in de rest van de regio (5% t.o.v. 6%). Drie procent van alle Eerselse senioren wil wel hulp, maar krijgt deze nog niet. Een op de zes (17%) senioren zegt geen hulp te willen bij hun ervaren eenzaamheid.
- Voor het eerst is door de GGD ook onderzocht welke soorten sociale netwerken een rol spelen in elke gemeente. In Eersel behoren de meeste senioren tot een 'lokaal geïntegreerd' netwerktype (*wij kennen elkaar allemaal in de buurt en zorgen voor elkaar. Er komt altijd iemand kijken hoe het met mij gaat*). Ruim veertig procent van alle Eerselse ouderen heeft dit ingevuld. Het 'lokaal familie afhankelijk' netwerktype (*ik heb gelukkig familie in de buurt. Zij zullen zonodig voor mij zorgen*) komt ook geregeld voor (28%). Daarentegen zien we in Eersel veel minder vaak (19%) het 'lokaal gereserveerd' netwerktype (*ik hou ervan op mezelf te zijn, maar ik weet dat de burens er zijn als ik ze nodig heb*). De twee andere nagevraagde types komen slechts weinig voor. Alle genoemde percentages zijn zeer vergelijkbaar met de totale regio.
- In Eersel gaan veel meer mensen naar groepsbijeenkomsten of naar de kerk; slechts 30% van de senioren geeft aan hier nooit aan deel te nemen, ten opzichte van 40% in de regio.

### **Ongevallen en letsels**

Ongevallen kunnen worden ingedeeld in privé-ongevallen, arbeidsongevallen, sportblessures en verkeersongevallen. Het gaat om letsels die plotseling zijn ontstaan en medisch behandeld zijn.

#### 0-11 jarigen

- Ongevallen dragen in belangrijke mate bij tot gezondheidsproblemen bij kinderen. Van de kinderen in Eersel heeft 5% de afgelopen 3 maanden een medisch behandeld letsel, een vergiftiging of blessure gehad.

### 12-17 jarigen

- In de afgelopen 3 maanden is 18% van de jongeren medisch behandeld voor een letsel. Het betreft met name letsels ontstaan tijdens het sporten. Meer jongens dan meisjes zijn hiervoor behandeld.

### 19-64 jarigen

- In de afgelopen drie maanden is 13% medisch behandeld voor een letsel, vergiftiging of blessure. Het betreft met name letsels ontstaan tijdens het sporten en tijdens het werk.

### 65-84 jarigen

- Van de senioren heeft 8% in de afgelopen 3 maanden een letsel opgelopen dat medisch behandeld is.

## **School**

Kinderen brengen vanaf hun vierde jaar veel tijd door op school. De vaardigheden die kinderen op school leren zijn van groot belang voor hun latere leven. Daarnaast is school een belangrijke plek om sociale contacten op te doen en vrienden te maken.

### 0-11 jarigen

- Problemen op school die met name genoemd worden door ouders van schoolgaande kinderen (vanaf 4 jaar) zijn concentratieproblemen. Een kwart van de ouders in Eersel geeft dit aan (25%). Ook een slechte relatie met de leraar (10%) en problemen in relaties met andere kinderen (11%) worden geregeld genoemd. Alle genoemde problemen komen vaker voor bij jongens en in de oudere leeftijdsgroep. Het totaalbeeld is goed vergelijkbaar met de regio.

### 12-17 jarigen

- Vrijwel alle jongeren van 12-17 jaar in Eersel zijn schoolgaand. Het percentage jongeren dat een HAVO, VWO of HBO, universiteit volgt, is vergelijkbaar met dat in de regio (49% versus 46%).
- Er wordt door de jongeren ook ongeveer even vaak gespijbelde als in de regio; 8% spijbelde de laatste 4 weken voorafgaand aan het onderzoek, terwijl dit in de regio om 6% gaat. Het gaat hierbij om spijbelen anders dan door ziekte. Het percentage jongeren dat in de laatste 4 weken verzuimde wegens ziekte is 16%.

## **Opvoedingsondersteuning**

Ouders van opgroeiende kinderen hebben in meer of mindere mate vragen op het gebied van opvoeding. Ouders van jonge kinderen ervaren andere problemen dan ouders van oudere kinderen.

### (ouders van) 0-11 jarigen

- Opvoeden valt niet altijd mee; 29% van de ouders van de 0-11 jarigen in Eersel ervaart bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding en 10% ervaart zelfs zeer veel stress. De gemiddelde leeftijd van hun kinderen is overigens 6 jaar.
- 44% van de ouders heeft soms tot vaak problemen bij de opvoeding. De problemen hebben vooral te maken met 'luisteren en gehoorzamen' en 'het houden aan of stellen van grenzen, regels en afspraken'.
- In de vragenlijst heeft 4% van de ouders aangegeven momenteel behoefte te hebben aan professionele ondersteuning bij de opvoeding.

### 19-64 jarigen

- Ook in de monitor volwassenen is dit thema aan de orde gekomen. Vier op de tien ouders met thuiswonende kinderen jonger dan 25 jaar (gemiddelde leeftijd van de kinderen: 12 jaar) ervaren bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding; 23% ervaart zelfs zeer veel stress. In Eersel heeft 51% van de ouders soms tot vaak problemen bij de opvoeding. Zeven procent ervaart vaak problemen bij de opvoeding, dat is meer dan in de regio (4%). De meest genoemde problemen hebben ook nu weer te maken met houden aan of stellen van grenzen en luisteren/gehoorzamen. In Eersel wordt ook 'angst/onzekerheid/faalangst' relatief vaak door de ouders genoemd (15%, regio 10%). Achttien procent van de ouders met kinderen jonger dan 25 jaar heeft voor deze problemen professionele hulp gevraagd.
- Zeven procent van alle ouders heeft momenteel behoefte aan professionele ondersteuning bij de opvoeding.

## **(Binnen)Milieu**

De kwaliteit van het binnenmilieu is onder andere afhankelijk van de mate van ventilatie, of er gerookt wordt binnen, en de vochtigheidsgraad indien er schimmel- of vochtplekken in huis aanwezig zijn.

### 0-11 jarigen

- Kinderen van rokende ouders hebben meer kans op ziekten zoals luchtweginfecties, astma en oorontsteking dan kinderen bij wie nooit gerookt wordt in de omgeving. Bij 26% van de 0-11 jarigen in Eersel rookt tenminste één van de ouders; in de regio is dit iets vaker het geval (30%). Volgens rapportage van de ouders is 21% van de kinderen afgelopen week blootgesteld in huis aan (sigaretten)rook.
- Kinderen die opgroeien in een vochtige woning hebben een grotere kans op gezondheidsklachten als benauwdheid en hoesten of luchtwegklachten. In Eersel signaleert 10% van de ouders schimmel of vocht in de woning, en dan met name in de badkamer. Dat is vergelijkbaar met de regio (12%).

### 19-64 jarigen

- Ook voor volwassenen geldt dat vocht- en schimmelplekken en beperkte continue ventilatie kunnen leiden tot een hogere gezondheidsbelasting door een hogere blootstelling aan verontreiniging in het binnenmilieu. Dit kan zich onder andere uiten in meer luchtwegklachten. Schimmel- of vochtplekken in huis komen in Eersel in vergelijkbare mate voor als in de regio; namelijk bij 22% van de inwoners (regio 21%).
- Ruim eenderde van de volwassenen (36%) wordt blootgesteld aan sigaretten- of sigarenrook in huis. Voor een gezond binnenmilieu is goed ventileren onontbeerlijk.
- Vooral in de woonkamer en keuken wordt onvoldoende geventileerd (ook ten opzichte van de regio). In Eersel ventileert bijna driekwart van de volwassenen deze ruimten minder dan 24 uur per dag. In de slaapkamer is dit 54%. De badkamer wordt relatief het meest geventileerd: 'slechts' 34% ventileert onvoldoende. In de regio is het ventilatiegedrag zeer vergelijkbaar.
- Maar liefst 38% van de volwassenen in Eersel wordt gehinderd door geluid, 18% zelfs in erge mate. Geluidshinder speelt daarmee een grotere rol dan in de regio, waar 28% er last van heeft en 12% erg gehinderd wordt. De grotere overlast in Eersel lijkt vooral afkomstig van geluid van vliegtuigen (21%; regio slechts 8%!) en wegverkeer (18%; regio 12%). Burenlawaaï hindert 10% van de volwassenen.

## **Mantelzorg**

Mantelzorg is de zorg die wordt gegeven aan een bekende uit de omgeving, die voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Als kanttekening moet worden aangegeven dat diegenen die al langere tijd intensief mantelzorg verlenen, vaak niet in de gelegenheid zijn om de vragenlijst van de GGD monitor in te vullen. Derhalve geven de cijfers hieronder waarschijnlijk een ondergrens aan.

### 19-64 jarigen

- In Eersel wordt momenteel door 9% (ongeveer 1000 volwassenen) mantelzorg gegeven. Hierbij gaat het om zorg voor een bekende, die langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. De zorg wordt niet betaald. Dit percentage is beduidend lager dan dat van 1999 (20%). Ook voor de rest van de regio Zuidoost-Brabant is een forse daling te zien in het percentage mantelzorgers: van 17% in 1999 naar 8% in 2005. In het jaar voorafgaand aan het onderzoek gaf 12% van de volwassenen in Eersel op enig moment mantelzorg. Van hen geeft 1% al langer dan drie maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg. De genoemde percentages zijn vergelijkbaar met de regio.
- Vrouwen blijken vaker mantelzorger dan mannen. Gezelschap, troost, afleiding (6%) en begeleiding en/of vervoer (5%) alsmede hulp in de huishouding (4%) zijn de vormen van mantelzorg die het meest gegeven worden. Mantelzorg wordt door deze leeftijdsgroep vooral gegeven aan (schoon)ouders (6%). Verreweg de meesten verlenen 1-10 uur zorg per week.
- Het grootste deel van de mantelzorgers heeft geen behoefte aan (extra) hulp of ondersteuning bij hun werkzaamheden als mantelzorger. De overigen hebben in Eersel vooral behoefte aan een vervanger om eens een keer weg te kunnen en in mindere mate aan emotionele steun en aan informatie en advies. Slechts 1% van alle volwassenen in Eersel voelt zich (tamelijk) zwaar belast

door het geven van mantelzorg. Wel is het zo dat er een sterke relatie bestaat tussen de mate van belasting en de behoefte aan mantelzorgondersteuning.

- Als meest voorkomende redenen voor het geven van mantelzorg worden algemene ouderdomsklachten (5%), gewrichtsslijtage (2%), dementie (1%) en een handicap (1%) genoemd.
- In Eersel ontvangt 2% van de volwassenen momenteel mantelzorg, vooral van de partner. Vier procent heeft in het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen. Dit is vergelijkbaar met de regio. Evenals bij het geven van mantelzorg zijn hulp in de huishouding (2%) en gezelschap, troost, afleiding (2%) alsmede begeleiding en/of vervoer (eveneens 2%) de meest genoemde vormen van mantelzorg.

#### 65-84 jarigen

- Van alle zelfstandig wonende senioren zegt 12% in 2005 mantelzorg te hebben gegeven. Negen procent geeft (ook) momenteel mantelzorg. Dit is in de regio ook zo. In de seniorenpeiling van 2001 is dit onderwerp in de gemeente Eersel niet nagevraagd.
- 4% geeft al langer dan 3 maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg.
- Vijf procent van alle Eerselse senioren ervaart soms of vaak problemen bij het geven van mantelzorg en 2% voelt zich hierdoor (tamelijk) zwaar belast.
- De meeste mantelzorgers geven aan naast de eventuele hulp die ze nu al ontvangen, geen behoefte te hebben aan (extra) hulp. Toch heeft ook ongeveer een op de drie mantelzorgers behoefte aan informatie en advies, een vervanger, ontspannende activiteiten, emotionele steun of belangenbehartiging.
- Voor driekwart van alle oudere mantelzorgers is het geven van mantelzorg een vanzelfsprekendheid. Een zelfde groep zegt dit te doen uit liefde en genegenheid. Men ziet het ook vaak als niet meer dan zijn/haar plicht, of zegt het ervoor over te hebben vanwege de goede relatie met de hulpbehoevende. Ruim de helft van de mantelzorgers put zelfs veel voldoening uit de zorg. Voor 1 op de 2 à 3 mantelzorgers geldt dat de hulpbehoevende het liefst door hem of haar geholpen wil worden of niet naar een aangepaste woonvorm of tehuis wil, of dat er 'niemand anders beschikbaar is'. Een kleinere groep noemt andere redenen.
- 10% van de senioren in Eersel ontvangt momenteel mantelzorg.

#### **Risicofactoren (alle monitors samen)**

##### Lage ses

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

- Van 26% van de kinderen in Eersel zijn de aanwezige ouders in het gezin laag opgeleid (maximaal lagere school, LBO of MAVO). In de hele regio Zuidoost Brabant is dit vergelijkbaar (28%). Het opleidingsniveau van de jongeren is in Eersel vergelijkbaar met dat in de regio; 33% van de jongeren volgt het VMBO en 49% HAVO/VWO, HBO of WO.
- Het percentage ouders dat een laag inkomen heeft, is in Eersel ook vergelijkbaar met de regio; 22% verdient minder dan €1751 per maand netto. Van de ouders geeft 2% aan grote moeite te hebben om financieel rond te komen; in de regio is dit 4%.
- Het merendeel van de volwassenen in Eersel heeft een opleiding op middelbaar niveau; 3% heeft hooguit lagere school (dit is minder dan in de regio, waar 6% laag opgeleid is) en 26% heeft een HBO of WO-opleidingsniveau. De werksituatie is vergelijkbaar met de regio: driekwart van de volwassenen in Eersel heeft betaald werk. Het huishoudinkomen is bij 35% lager dan €1750,- per maand, waarvan 12% lager dan €1150,-. Van de volwassenen in Eersel heeft 25% enige moeite om rond te komen; 5% heeft zelfs grote moeite. Dit is duidelijk hoger dan in 1999 waar 11% enige moeite had om rond te komen en 2% grote moeite. In de regio is eveneens een toename te zien.

##### éénoudergezin

- Van de 0-11 jarigen in Eersel woont 5% van de kinderen in een éénouder-gezin; in de totale regio is dat vergelijkbaar (6%). Eenoudergezinnen hebben vaker moeite met rondkomen. Van de 12-17 jarigen woont 7% in een éénoudergezin.

### Allochtonen

- Als risicofactor voor gezondheid bij kinderen wordt ook een niet-westerse achtergrond genoemd. In Eersel wonen relatief weinig allochtonen: 3% van de 0-11 jarigen heeft een niet-westerse etniciteit. Van de 12-17 jarige respondenten uit Eersel was eveneens 3% van oorsprong niet-westers allochtoon. Tenslotte bestaat één procent van de volwassenen uit niet-westerse allochtonen.

## Beschrijving van de gezondheid van de inwoners van Reusel-De Mierden op basis van de monitors van de GGD.

### Leefstijl

De manier waarop we leven en het gedrag dat we vertonen zijn van invloed op de gezondheid. Een gezonde leefstijl is van belang voor vele aspecten van gezondheid. Veel preventieve interventies richten zich daarom op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

#### 0-11 jarigen (Zuidoost-Brabant)

- Hoewel het drinken van alcohol en roken tijdens de zwangerschap wordt afgeraden, heeft 15% van de moeders in de regio Zuidoost-Brabant gedurende (een deel van) de zwangerschap alcohol gedronken. Achttien procent van de moeders rookte tijdens (een deel van) de zwangerschap.
- Borstvoeding beschermt en bevordert de gezondheid van moeder en kind en beschermt tegen overgewicht op latere leeftijd. Een op de vijf moeders in de regio Zuidoost-Brabant heeft haar baby, conform het advies van de WHO, tenminste 6 maanden borstvoeding gegeven. Een derde van de kinderen kreeg vanaf de geboorte (ook) kunstvoeding.
- Voor opgroeiende kinderen is een goed ontbijt belangrijk. Onder kinderen die niet ontbijten komt overgewicht twee keer zo vaak voor als onder kinderen die wel een ontbijt gebruiken. In de regio Zuidoost-Brabant krijgt 3% van de 1-11 jarigen minder dan 5x per week een ontbijt. Naast een goed ontbijt is dagelijks fruit en groente van belang. Het lukt 39% van de kinderen niet om dagelijks fruit te eten en bij 43% lukt het niet dagelijks groente te eten.
- Het poetsen van de tanden is het belangrijkste onderdeel van de dagelijkse tandzorg. Ouders van kinderen tot 9 jaar wordt geadviseerd na te poetsen. Bijna tweederde van de ouders (64%) in de regio Zuidoost-Brabant doet dit.
- Het aantal tussendoortjes speelt een belangrijke rol bij het behoud van zowel het gebit als het voorkomen van overgewicht. Een derde (33%) van de kinderen in de regio Zuidoost-Brabant krijgt minstens 4 x per dag een tussendoortje.

#### 12-17 jarigen

- Algemeen: in de groep 15-17 jarigen wordt meer riskant gedrag gezien dan in de jongere groep van 12-14 jaar.
- Hoewel het gebruik van alcohol door jongeren tot 16 jaar wordt afgeraden, heeft in de regio Zuidoost-Brabant meer liefst 28% van de 12-14 jarigen en 80% van de 15-17 jarigen alcohol gebruikt in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek. Gemiddeld dronk in deze periode 54% van de 12-17 jarigen alcohol. In Reusel-De Mierden ligt dit percentage nog hoger: 63% dronk alcohol in de laatste 4 weken. Een groep van 13% heeft zelfs meer dan 20 glazen per week gedronken, hetgeen een beduidend hoger percentage is dan in de regio (6%).
- Er zijn ook jongeren die de afgelopen 4 weken drugs gebruikt hebben; het gaat dan om circa 3% van de 12-17 jarigen. Het betreft vooral het gebruik van wiet of hasj.
- Door 7% van de jongeren worden dagelijks sigaretten gerookt. Niemand van de jongeren in het onderzoek zegt meer dan 20 sigaretten per dag te roken.
- Het gedrag van jongeren staat vaak onder invloed van het gedrag van hun vriend(inn)en. In Reusel-De Mierden zegt 2% van de jongeren dat de meeste vrienden zich "riskant gedragen". In deze definitie wordt gesproken van riskant gedrag indien er sprake is van drie van de vier risicofactoren: wekelijks alcoholgebruik, drugsgebruik, gokken en/of spijbelen.
- Een kwart van de jongeren in Reusel-De Mierden ontbijt minder dan 5 keer per week (24%; dat is meer dan in de regio: 17%). Dat betekent dat ze zeker één keer per week zonder ontbeten te hebben op school komen. Het is bekend dat het overslaan van het ontbijt kan leiden tot verminderde concentratie op school. Ook bestaat er een verband met overgewicht: kinderen die minder vaak ontbijten, hebben vaker overgewicht.
- Ruim de helft (57%) van de jongeren die wel eens geslachtsgemeenschap gehad heeft, gebruikte daarbij niet altijd een condoom. Vrijen zonder condoom vergroot het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Van de jongeren heeft 2% wel eens een ongewenste seksuele ervaring gehad variërend van zoenen tot intiem betasten of met iemand naar bed gaan.

#### 19-64 jarigen

- Ook het alcoholgebruik van volwassenen in de gehele regio is relatief hoog. In Reusel-De Mierden geldt, dat het alcoholgebruik in deze gemeente in vorige onderzoeken al aan de hoge kant was en dit is nog steeds het geval.

- Van de volwassen inwoners van Reusel-De Mierden voldoet 41% niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik, in de totale regio Zuidoost-Brabant is dit 37%. In de provincie Noord-Brabant is dit percentage nog lager: 33%. Zeventien procent drinkt 'overmatig' en 13% drinkt '(zeer) excessief'. Dit percentage is hoger dan dat in de regio (10%) en ook toegenomen ten opzichte van 1999, toen was het namelijk 9%.
- Het aantal mensen dat rookt is in de regio in de afgelopen jaren afgenomen (34%- 27%). In Reusel-De Mierden zien we een vergelijkbare daling van 33% rokers in 1999 33% naar 28% in 2005.

#### 65-84 jarigen

- 5% van de oudere bevolking ontbijt minder dan 5 keer per week.

### **Overgewicht**

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

#### 0-11 jarigen (Zuidoost-Brabant)

- Van de kinderen vanaf 2 jaar heeft 10% overgewicht in de regio Zuidoost-Brabant. Bij 2% is zelfs sprake van obesitas. Kinderen met overgewicht hebben meer kans op het krijgen van diabetes, hart- en vaatziekten en gewrichtsproblemen. De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van overgewicht is een verkeerde balans tussen energie-inname (via voeding) en energiebesteding (voornamelijk via lichamelijke activiteit).
- Kinderen die meer dan 2 uur per dag televisiekijken en/of meer dan 2 uur per dag achter de computer zitten, minder dan een half uur per dag buitenspelen of geen lid zijn van een sportclub hebben vaker overgewicht. De meerderheid van de 0-11 jarigen speelt dagelijks minimaal een half uur buiten, slechts 3% haalt dat niet. In De regio Zuidoost-Brabant kijkt 11% van de kinderen vanaf één jaar meer dan 2 uur per dag tv of video en 2% van de kinderen zit meer dan 2 uur per dag achter de computer. Het aantal kinderen dat langer dan 2 uur per dag tv kijkt of achter de computer zit, neemt sterk toe met de leeftijd. Bijna tweederde van de kinderen vanaf 4 jaar is lid van een sportvereniging.
- Eén op de zes kinderen uit de regio Zuidoost-Brabant wordt meestal per auto naar school gebracht (17%). Voor de lichaamsbeweging van kinderen zou het beter zijn als ze zelf naar school lopen of fietsen.

#### 12-17 jarigen

- Maar liefst 15% van de jongeren van 12-17 jaar kampt met overgewicht. In de regio komt dit minder vaak voor: 10%. Bij 2% van de jeugd is zelfs sprake van obesitas
- Aanbevolen wordt om voldoende dagelijkse lichaamsbeweging te combineren met een gezond eetpatroon. Vier van de vijf jongeren (82%) sport minstens één keer per week. Jongeren in de leeftijdscategorie tot 18 jaar wordt aangeraden dagelijks een uur te bewegen.

#### 19-64 jarigen

- Het aantal mensen met overgewicht lijkt ook in Reusel-De Mierden de afgelopen jaren te zijn toegenomen. In 1999 had 43% overgewicht en nu is dat 49%. In de totale regio is een nog duidelijker toename te zien van het aantal mensen met overgewicht. Vonden we in 1991 nog 'slechts' 31% volwassenen met overgewicht in de toenmalige regio Geldrop-Valkenswaard; in 1999 was dat al gestegen tot 38% en in 2005 maar liefst 47% (Zuidoost-Brabant). Ook het aandeel van de volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) is in diezelfde periode in Zuidoost-Brabant gestegen van 5% (1991) naar 7% (1999) naar 11% anno 2005. In Reusel-De Mierden is een stijging te zien van 7% in 1999 naar maar liefst 13% anno 2005.
- Bewegen en sporten doen de volwassenen in Reusel-De Mierden en de regio relatief vaak. Twee op de drie volwassenen (64%) voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

#### 65-84 jarigen

- Van de senioren heeft maar liefst 64% overgewicht, dit percentage is nog hoger dan dat in de regio (58%). Bij 14% van deze groep is sprake van ernstig overgewicht. Ondergewicht komt bij slechts 1% van de senioren in uw gemeente in deze leeftijdsgroep voor. Deze cijfers komen in grote lijnen overeen met die uit 2001.

- Ook op beweeggebied is het beeld in de gemeente ongunstiger dan dat van de regio. Meer dan vier op de tien Reusel-De Mierdense ouderen voldoen niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor 55+ (*minstens 5 dagen per week een half uur matig intensief lichamelijke activiteit*); in de regio is dit bij 36% het geval. Ruim de helft (61%) sport minder dan 1 keer per week. Deze cijfers zijn niet direct te vergelijken met die uit 2001. Toen deed 30% van de senioren aan sport en 62% had minimaal 1 keer per week andere lichaamsbeweging.

### **Gezondheid en welzijn**

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

#### 0-11 jarigen (Zuidoost-Brabant)

- Het grootste deel van de ouders beoordeelt de gezondheid van hun kind als (heel) goed. In de regio Zuidoost-Brabant geeft 6% van de ouders aan de gezondheid van hun kind matig tot slecht te vinden.
- Een groter percentage van de kinderen heeft één of meer langdurige aandoeningen, namelijk 27%. De meest genoemde langdurige aandoeningen zijn eczeem / huiduitslag (regiocijfer 11%), astma / bronchitis (8%) en allergie (5%). Onder langdurige aandoeningen valt ook het percentage kinderen met diabetes mellitus; in de totale regio heeft 0,1% van de 0-11 jarigen deze ziekte.
- Maar liefst 49% van de kinderen heeft in de afgelopen 14 dagen medicijnen gebruikt (inclusief versterkende en weerstandsverhogende middelen). De meeste medicijnen, 39%, worden gebruikt zonder recept van de arts. Eén op de vijf kinderen (19%) heeft medicijnen gebruikt met recept van de arts.
- Met behulp van 7 gezichtjes die de gevoelens weergeven van erg blij tot erg somber is aan de ouders gevraagd hoe hun kind zich de afgelopen 3 maanden voelde. Driekwart van de kinderen in de regio voelt zich (heel) blij. Volgens de ouders is 1% van de kinderen een beetje tot erg somber.

#### 12-17 jarigen

- In vergelijking met de 0-11 jarigen beoordeelt een groter percentage van de 12-17 jarigen de eigen gezondheid als matig tot slecht; namelijk 17%. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat bij de 0-11 jarigen de vragenlijst is ingevuld door de ouders, bij de 12-17 jarigen door de jongere zelf.
- Het percentage jongeren met één of meer chronische aandoeningen is in deze leeftijdsgroep ook hoger; namelijk 34%. Het betreft met name allergieën (17%), respiratoire aandoeningen (8%) en eczeem (7%). Diabetes mellitus (suikerziekte) komt in deze leeftijdsgroep nog bijna niet voor (0,4%). Dit beeld is zeer vergelijkbaar met de totale regio.
- De psychosociale gezondheid van jongeren in Reusel-De Mierden is over het algemeen goed te noemen. Slechts 3% voelde zich afgelopen 3 maanden een beetje tot erg somber. Meisjes beoordelen hun geestelijke gezondheid vaak iets slechter dan jongens.

#### 19-64 jarigen

- De volwassenen in Reusel-De Mierden beoordelen hun lichamelijke gezondheid over het algemeen goed, net als in de regio. Slechts 0,7% ervaart de eigen gezondheid als slecht, 8% als matig.
- Eenderde van de volwassenen in Reusel-De Mierden heeft één of meer chronische ziekten, vastgesteld door een arts. Hoge bloeddruk (12%), ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (6%) en gewrichtsslijtage van de heupen/knieën (7%) komen het meeste voor. In Reusel-De Mierden heeft 3% van de volwassenen diabetes. In 1999 was dat 2%.
- Net als in de regio heeft meer dan de helft (56%) van de Reusel-De Mierdense respondenten in het afgelopen jaar medicijnen op recept gebruikt. Ruim een kwart (28%) deed dit in de twee weken voorafgaand aan het onderzoek. Ook vrij verkrijgbare medicijnen werden geregeld gebruikt: 16% in de afgelopen twee weken. Dit is een duidelijk lager percentage dan in de regio: daar gebruikte 21% vrij verkrijgbare medicijnen in de laatste twee weken.
- Slechts weinigen voelden zich het afgelopen jaar een beetje tot zeer somber: 4% in Reusel tegenover 9% in de regio.

#### 65-84 jarigen

- Senioren vinden hun lichamelijke gezondheid duidelijk slechter dan de jongere leeftijdsgroepen. Ruim een derde (35%) ervaart deze als matig tot slecht. Hiermee is het beeld ongunstiger dan in de regio, waar 30% dit oordeel heeft. Ook zijn er relatief meer ouderen met 1 of meer chronische



ziekten, vastgesteld door een arts: 73% ten opzichte van 68% in de regio. Met een betere lichamelijke gezondheid zou 32% zich naar eigen zeggen gelukkiger of beter voelen; in de regio zegt 29% dit.

- Van alle senioren heeft maar liefst 84% de afgelopen 2 weken 1 of meer medicijnen gebruikt op recept; in de regio 79% (2001: 80% gebruik momenteel). Daar staat wel tegenover dat het gebruik van medicijnen 'zonder recept' in Reusel-De Mierden iets lager is dan elders: 30% versus 35%. Twaalf procent van alle senioren ervaart 1 of meerdere problemen met het eigen medicijngebruik. In 2001 was dit 14%.
- In Reusel-De Mierden voelen senioren zich even vrolijk als in de regio (27% is (heel) vrolijk). Dertien procent voelt zich daarentegen een beetje tot zeer somber. Een op de elf is beperkt in zijn behoeftes als gevolg van emotionele problemen. Van alle senioren denkt 8% zich beter of gelukkiger te voelen door een betere geestelijke gezondheid.

### **Eenzaamheid**

Eenzaamheid heeft te maken met tekorten in iemands sociale relaties. Het is een gevoel en daarom niet hetzelfde als "eenzaam zijn", en het is onplezierig en bedrukkend.

#### 12-17 jarigen

- Naarmate kinderen ouder worden, worden leeftijdsgenoten steeds belangrijker in hun sociale netwerk. Veel jongeren willen bij een vriendenkring horen waaraan ze hun eigenwaarde en identiteit ontleen. Van de jongeren in Reusel-De Mierden heeft 88% naar eigen mening genoeg vriend(inn)en; 18% van de jongeren heeft een vaste relatie of verkering; dat zijn met name 15 t/m 17 jarigen.

#### 19-64 jarigen

- Eenzaamheid is onder te verdelen in emotionele en sociale eenzaamheid. Bij emotionele eenzaamheid is er sprake van het gemis van intimiteit in persoonlijke relaties, of gemis van een vertrouwenspersoon. Bij sociale eenzaamheid is het aantal of de kwaliteit van de persoonlijke relaties minder dan gewenst. Sociale eenzaamheid komt vaker voor (45%) dan emotionele eenzaamheid (19%). Emotionele eenzaamheid komt daarmee in Reusel-De Mierden relatief weinig voor; in de regio is het percentage namelijk 24%. Ruim een derde deel (35%) van de 19- t/m 64 jarigen uit Reusel-De Mierden blijkt zich matig tot zeer ernstig eenzaam te voelen. Het aandeel (zeer) ernstig eenzamen is 5%. Deze cijfers zijn wel weer vergelijkbaar met de regio.

#### 65-84 jarigen

- Onder de Reusel-De Mierdense senioren bevinden zich 44% eenzamen, dit is vergelijkbaar met de regio. Wel zijn minder ouderen (zeer) ernstig eenzaam: 5% versus 8%. Overigens geeft niet iedereen toe zich eenzaam te voelen als daar rechtstreeks naar gevraagd wordt. Dan zegt namelijk 72% 'niet eenzaam te zijn'.
- Emotionele eenzaamheid komt voor bij ruim een kwart van de senioren. Sociale eenzaamheid komt weliswaar meer voor (42%), maar de Reusel-De Mierdense senioren scoren daarop toch duidelijk lager dan hun leeftijdsgenoten in de regio (47%).
- In Reusel-De Mierden krijgen iets meer senioren al hulp bij hun eenzaamheid dan in de rest van de regio (8% t.o.v. 6%). Drie procent van alle Reusel-De Mierdense senioren wil wel hulp, maar krijgt deze nog niet. Een op de zes (17%) senioren zegt geen hulp te willen bij hun ervaren eenzaamheid.
- Voor het eerst is door de GGD ook onderzocht welke soorten sociale netwerken een rol spelen in elke gemeente. In Reusel-De Mierden behoren duidelijk meer senioren tot een 'lokaal geïntegreerd' netwerktype (*wij kennen elkaar allemaal in de buurt en zorgen voor elkaar. Er komt altijd iemand kijken hoe het met mij gaat*). Bijna de helft (48%) van alle Reusel-De Mierdense ouderen heeft dit ingevuld, ten opzichte van 39% in de regio. Het 'lokaal familie afhankelijk' netwerktype (*ik heb gelukkig familie in de buurt. Zij zullen zonedig voor mij zorgen*) komt ook vaak voor (35%, in de regio 30%). Daarentegen zien we in Reusel-De Mierden veel minder vaak (11% versus 19% in de regio) het 'lokaal gereserveerd' netwerktype (*ik hou ervan op mezelf te zijn, maar ik weet dat de burens er zijn als ik ze nodig heb*). De twee andere nagevraagde types komen slechts weinig voor.
- Ook is het kerkbezoek in Reusel-De Mierden hoog: veel minder senioren dan in de regio zeggen "nooit naar de kerk te gaan" (16% t.o.v. 38%).

## **Ongevallen en letsels**

Ongevallen kunnen worden ingedeeld in privé-ongevallen, arbeidsongevallen, sportblessures en verkeersongevallen. Het gaat om letsels die plotseling zijn ontstaan en medisch behandeld zijn.

### 0-11 jarigen (Zuidoost-Brabant)

- Ongevallen dragen in belangrijke mate bij tot gezondheidsproblemen bij kinderen. Van de kinderen in de regio Zuidoost-Brabant heeft 5% de afgelopen 3 maanden een medisch behandeld letsel, een vergiftiging of blessure gehad.

### 12-17 jarigen

- In de afgelopen 3 maanden is 19% van de jongeren medisch behandeld voor een letsel. Het betreft met name letsels ontstaan tijdens het sporten. Meer jongens dan meisjes zijn hiervoor behandeld.

### 19-64 jarigen

- In de afgelopen drie maanden is 11% medisch behandeld voor een letsel, vergiftiging of blessure. Het betreft met name letsels ontstaan tijdens het sporten en in en om het huis.

### 65-84 jarigen

- Van de senioren heeft 9% in de afgelopen 3 maanden een letsel opgelopen dat medisch behandeld is.

## **School**

Kinderen brengen vanaf hun vierde jaar veel tijd door op school. De vaardigheden die kinderen op school leren zijn van groot belang voor hun latere leven. Daarnaast is school een belangrijke plek om sociale contacten op te doen en vrienden te maken.

### 0-11 jarigen (Zuidoost-Brabant)

- Problemen op school die met name genoemd worden door ouders van schoolgaande kinderen (vanaf 4 jaar) zijn concentratieproblemen. Bijna een kwart van de ouders in de regio Zuidoost-Brabant geeft dit aan (22%). Ook problemen in relaties met andere kinderen (11%) en een slechte relatie met de leraar (10%) worden geregeld genoemd. Alle genoemde problemen komen vaker voor bij jongens en in de oudere leeftijdsgroep.

### 12-17 jarigen

- Vrijwel alle jongeren van 12-17 jaar in Reusel-De Mierden zijn schoolgaand. Het percentage jongeren dat een HAVO, VWO of HBO, universiteit volgt, is iets lager dan in de regio (40% versus 46%); relatief veel jongeren volgen een MBO-opleiding (16% versus 12%).
- Er wordt door de jongeren even vaak gespijbelde als in de regio; 6% spijbelde de laatste 4 weken voorafgaand aan het onderzoek. Het gaat hierbij om spijbelen anders dan door ziekte. Het percentage jongeren dat in de laatste 4 weken verzuimde wegens ziekte is 17%.

## **Opvoedingsondersteuning**

Ouders van opgroeiende kinderen hebben in meer of mindere mate vragen op het gebied van opvoeding. Ouders van jonge kinderen ervaren andere problemen dan ouders van oudere kinderen.

### (ouders van) 0-11 jarigen (Zuidoost-Brabant)

- Opvoeden valt niet altijd mee; 30% van de ouders van de 0-11 jarigen in de regio Zuidoost-Brabant ervaart bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding en 13% ervaart zelfs zeer veel stress. De gemiddelde leeftijd van hun kinderen is overigens 6 jaar.
- 43% van de ouders heeft soms tot vaak problemen bij de opvoeding. De problemen hebben vooral te maken met 'luisteren en gehoorzamen' en 'het houden aan of stellen van grenzen, regels en afspraken'.
- In de vragenlijst heeft 6% van de ouders aangegeven momenteel behoefte te hebben aan professionele ondersteuning bij de opvoeding.

### 19-64 jarigen

- Ook in de monitor volwassenen is dit thema aan de orde gekomen. Vier op de tien ouders met thuiswonende kinderen jonger dan 25 jaar, ervaren bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding; 21% ervaart zelfs zeer veel stress. In Reusel-De Mierden heeft 49% van de ouders soms tot vaak

problemen bij de opvoeding. In 1999 was dat vergelijkbaar. In de regio is wel een lichte stijging te zien (van 43% naar 46%). De meest genoemde problemen hebben ook nu weer te maken met houden aan of stellen van grenzen en luisteren/gehoorzamen. De gemiddelde leeftijd van deze kinderen is overigens 12 jaar.

- Zeventien procent van de ouders met kinderen jonger dan 25 jaar heeft voor deze problemen professionele hulp gevraagd.
- Zes procent van alle ouders heeft momenteel behoefte aan professionele ondersteuning bij de opvoeding.

### **(Binnen)Milieu**

De kwaliteit van het binnenmilieu is onder andere afhankelijk van de mate van ventilatie, of er gerookt wordt binnen, en de vochtigheidsgraad indien er schimmel- of vochtplekken in huis aanwezig zijn.

#### 0-11 jarigen (Zuidoost-Brabant)

- Kinderen van rokende ouders hebben meer kans op ziekten zoals luchtweginfecties, astma en oorontsteking dan kinderen bij wie nooit gerookt wordt in de omgeving. Bij 30% van de 0-11 jarigen in de regio Zuidoost-Brabant rookt tenminste één van de ouders. Volgens rapportage van de ouders is 21% van de kinderen afgelopen week blootgesteld in huis aan (sigaretten)rook.
- Kinderen die opgroeien in een vochtige woning hebben een grotere kans op gezondheidsklachten als benauwdheid en hoesten of luchtwegklachten. In de regio Zuidoost-Brabant signaleert 12% van de ouders schimmel of vocht in de woning, en dan met name in de badkamer.

#### 19-64 jarigen

- Ook voor volwassenen geldt dat vocht- en schimmelplekken en beperkte continue ventilatie kunnen leiden tot een hogere gezondheidsbelasting door een hogere blootstelling aan verontreiniging in het binnenmilieu. Dit kan zich onder andere uiten in meer luchtwegklachten. Schimmel- of vochtplekken in huis komen in Reusel-De Mierden in vergelijkbare mate voor als in de regio; namelijk bij 19% van de inwoners (regio 21%).
- Een derde van de volwassenen (34%) wordt blootgesteld aan sigaretten- of sigarenrook in huis. Voor een gezond binnenmilieu is goed ventileren onontbeerlijk.
- Vooral in de woonkamer en keuken wordt onvoldoende geventileerd (ook ten opzichte van de regio). In Reusel-De Mierden ventileert ongeveer driekwart van de volwassenen deze ruimten minder dan 24 uur per dag. In de slaapkamer is dit 57%. De badkamer wordt relatief het meest geventileerd: 'slechts' 25% ventileert onvoldoende; in de regio is dit 34%.
- Eén op de vijf volwassenen (21%) in Reusel-De Mierden wordt gehinderd door geluid, 8% zelfs in erge mate. Men geeft aan het meest gehinderd te worden door geluid van wegverkeer (9%). Burenlawaai hindert 7% van de volwassenen; vliegtuigen slechts 2%. Hiermee is het totaalbeeld wat betreft geluidsoverlast voor Reusel-De Mierden vrij gunstig te noemen ten opzichte van de regio.

### **Mantelzorg**

Mantelzorg is de zorg die wordt gegeven aan een bekende uit de omgeving, die voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Als kanttekening moet worden aangegeven dat diegenen die al langere tijd intensief mantelzorg verlenen, vaak niet in de gelegenheid zijn om de vragenlijst van de GGD monitor in te vullen. Derhalve geven de cijfers hieronder waarschijnlijk een ondergrens aan.

#### 19-64 jarigen

- In Reusel-De Mierden wordt momenteel door 8% (ongeveer 620 volwassenen) mantelzorg gegeven. Hierbij gaat het om zorg voor een bekende, die langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. De zorg wordt niet betaald. Het percentage mantelzorgers is daarmee gehalveerd van dat in 1999, toen nog 16% aangaf mantelzorg te zijn. Ook voor de rest van de regio Zuidoost-Brabant is een forse daling te zien in het percentage mantelzorgers: van 17% in 1999 naar 8% in 2005. In het jaar voorafgaand aan het onderzoek gaf 11% van de volwassenen in Reusel-De Mierden op enig moment mantelzorg. Van hen geeft 2% al langer dan drie maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg. De genoemde percentages zijn gelijk aan die in de regio.
- Vrouwen blijken vaker mantelzorg dan mannen. Gezelschap, troost, afleiding (5%) en begeleiding en/of vervoer (4%) alsmede hulp in de huishouding en het regelen van geldzaken/administratie (eveneens 4%) zijn de vormen van mantelzorg die het meest gegeven worden.

Mantelzorg wordt door deze leeftijdsgroep vooral gegeven aan (schoon)ouders (6%). Verreweg de meesten verlenen 1-10 uur zorg per week.

- Het grootste deel van de mantelzorgers heeft geen behoefte aan (extra) hulp of ondersteuning bij hun werkzaamheden als mantelzorger. De overigen hebben in Reusel-De Mierden behoefte aan allerlei uiteenlopende vormen van ondersteuning. Slechts 0,9% van alle volwassenen in Reusel-De Mierden voelt zich (tamelijk) zwaar belast door het geven van mantelzorg. Wel is het zo dat er een sterke relatie bestaat tussen de mate van belasting en de behoefte aan mantelzorgondersteuning.
- Als meest voorkomende redenen voor het geven van mantelzorg worden algemene ouderdomsklachten (5%) en gewrichtsslijtage (2%) genoemd.
- In Reusel-De Mierden ontvangt slechts 0,5% van de volwassenen momenteel mantelzorg, vooral van 'andere familieleden'. Dit is lager dan het regiocijfer (2%) en ook lager dan in 1999: 2%. Als we kijken naar het afgelopen jaar, dan heeft 2% mantelzorg ontvangen (regio 3%). Evenals bij het geven van mantelzorg zijn hulp in de huishouding (0,5%) en gezelschap, troost, afleiding (0,5%) de meest genoemde vormen van mantelzorg.

#### 65-84 jarigen

- Van alle zelfstandig wonende senioren zegt 12% in 2005 mantelzorg te hebben gegeven. Dit is gelijk aan de regio. Acht procent geeft (ook) momenteel mantelzorg. In de seniorenpeiling van 2001 is dit in de gemeente Reusel-De Mierden niet nagevraagd.
- 3% geeft al langer dan 3 maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg.
- Zes procent van alle Reusel-De Mierdense senioren ervaart soms of vaak problemen bij het geven van mantelzorg en 1% voelt zich hierdoor (tamelijk) zwaar belast.
- Meer dan de helft van de mantelzorgers geeft aan naast de eventuele hulp die men nu al ontvangt, geen behoefte te hebben aan (extra) hulp. De overigen hebben behoefte aan een vervanger, ontspannende activiteiten of emotionele steun. Belangenbehartiging en informatie en advies worden door hen niet genoemd.
- Voor bijna alle oudere mantelzorgers is het geven van mantelzorg een vanzelfsprekendheid. De meesten zeggen dit te doen uit liefde en genegenheid. Men ziet het ook vaak als niet meer dan zijn/haar plicht, of zegt het ervoor over te hebben vanwege de goede relatie met de hulpbehoevende. Meer dan de helft van de mantelzorgers put zelfs veel voldoening uit de zorg. Voor 1 op de 3 à 4 mantelzorgers geldt dat de hulpbehoevende het liefst door hem of haar geholpen wil worden of niet naar een aangepaste woonvorm of tehuis wil. Een kleinere groep zegt mantelzorg te geven omdat er 'niemand anders beschikbaar is', om 'geen conflict te krijgen met de hulpbehoevende', of omdat er onvoldoende thuiszorg beschikbaar is.
- 16% van de senioren in Reusel-De Mierden ontvangt momenteel mantelzorg. Dit percentage is weliswaar hoger dan dat in de regio (13%), maar beduidend lager dan dat uit 2001. Toen zei maar liefst 29% mantelzorg te krijgen.

#### **Risicofactoren (alle monitors samen)**

##### Lage ses

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

- Van 28% van de kinderen in de regio Zuidoost-Brabant zijn de aanwezige ouders in het gezin laag opgeleid (maximaal lagere school, LBO of MAVO). Het opleidingsniveau van de jongeren is in Reusel-De Mierden een beetje verschillend van dat in de regio; 39% van de jongeren volgt het VMBO, 40% HAVO/VWO, HBO of WO en 16% volgt een MBO-opleiding (in de regio zijn deze cijfers respectievelijk 36%, 46% en 12%).
- Ongeveer een kwart van de ouders in de regio Zuidoost-Brabant heeft een laag inkomen: 23% verdient minder dan €1751 per maand netto. Van de ouders geeft 4% aan grote moeite te hebben om financieel rond te komen.
- Het merendeel van de volwassenen in Reusel-De Mierden heeft een opleiding op middelbaar niveau; 8% heeft hooguit lagere school en 16% heeft een HBO of WO-opleidingsniveau. Het opleidingsniveau is gemiddeld lager dan dat in de regio, waar 25% hoog opgeleid is. Driekwart van de volwassenen in Reusel-De Mierden heeft betaald werk. Het huishoudinkomen is bij 37% lager

dan €1750,- per maand, waarvan 13% lager dan €1150,-. Van de volwassenen in Reusel-De Mierden heeft 21% enige moeite om rond te komen; 4% heeft grote moeite. In tegenstelling tot de regio is het percentage volwassenen dat enige moeite of grote moeite heeft met rondkomen in Reusel-De Mierden in de afgelopen jaren niet toegenomen.

#### éénoudergezin

- Van de 0-11 jarigen in de regio Zuidoost-Brabant woont 6% van de kinderen in een éénoudergezin. Eenoudergezinnen hebben vaker moeite met rondkomen. Dat komt grotendeels door het lagere gezinsinkomen. Het percentage jongeren dat in een éénoudergezin woont is in Reusel-De Mierden aan de lage kant: 3% ten opzichte van 8% in de regio.

#### Allochtonen

- Als risicofactor voor gezondheid bij kinderen wordt ook een niet-westerse achtergrond genoemd. Van de 12-17 jarige respondenten uit Reusel-De Mierden was slechts 2% van oorsprong niet-westers allochtoon. Tenslotte bestaat minder dan een procent van de volwassenen uit niet-westerse allochtonen (0,9%).

## **Bijlage 3: Verslag startbijeenkomst Lokaal Gezondheidsbeleid 27 september 2007**

Op 27 september 2007 is voor raads- en commissieleden van de gemeenten Bergeijk, Bladel, Eersel en Reusel – De Mierden een startbijeenkomst voor het lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 georganiseerd. Aan de hand van een inleidende film zijn de raads- en commissieleden geïnformeerd over het belang van lokaal gezondheidsbeleid en de verantwoordelijkheid van de gemeente hierin. Door middel van een startnotitie zijn de leden nader geïnformeerd over de taken, rollen en verantwoordelijkheden van de gemeente met betrekking tot lokaal gezondheidsbeleid.

In het tweede deel van de bijeenkomst zijn de aanwezigen in subgroepen uiteengegaan en hebben aan de hand van stellingen gesproken over deze taken, rollen en verantwoordelijkheden. Het doel van de bijeenkomst was om raads- en commissieleden bewust te maken van de gemeentelijke taken en verantwoordelijkheden en om zicht te krijgen op de wijze waarop de gemeenten hieraan invulling willen geven.

Ondanks de matige opkomst is het door de interesse en betrokkenheid van de aanwezige raads- en commissieleden mogelijk geweest om tot een inhoudelijke goede en nuttige gedachtewisseling te komen. Hieronder wordt verslag gedaan van deze bijeenkomst. Dit verslag kan door de regiegroep en de college's worden gebruikt bij uitwerking van het uitvoeringsprogramma LGB.

### **Groep 1**

#### **Thema: preventie van schadelijk alcoholgebruik**

Het gesprek spitst zich vooral toe op het voorkomen of beperken van alcoholgebruik door jongeren. De gemeente heeft géén taak ten aanzien van volwassenen. Volwassenen dienen echter een voorbeeldfunctie te hebben: dus drinken mag zolang het met mate gebeurt.

Uit de discussie wordt duidelijk dat veel drinken en op jonge leeftijd drinken onderdeel is van de cultuur in de Kempen. Het is lastig om als ouder tegen deze sociale druk in te werken.

#### Hoe kan de gemeente bijdragen aan voorkomen schadelijk alcoholgebruik?

De ideeën staan in willekeurige volgorde.

1. Meer voorlichting geven, met name over de gevolgen van alcoholgebruik op jonge leeftijd (mindere hersenfunctie e.d.) zodat ouders zich hiervan bewuster worden.
2. Voor ouders moet duidelijk zijn waar men terecht kan als men vragen heeft.
3. Aanpassen openingstijden horeca.
4. Aansluiten bij 'Vroeg op stap'.
5. Meer handhavend optreden.
6. Alternatieven bieden voor jongeren zodat ze niet gaan stappen en veel alcohol gebruiken.
7. Creëer win – win situatie. Dus als een organisatie wat extra's doet, dan stelt de gemeente hier iets tegenover. Dit geldt overigens niet alleen voor alcoholpreventie.
8. Alcoholverkoop in supermarkten is zeer lastig tot onmogelijk te beïnvloeden.
9. Gemeente moet zelf het goede voorbeeld geven (gebeurtenissen waarnaar kritisch kan worden gekeken zijn opening van de carnaval en de nieuwjaarsreceptie).
10. Gemeente moet er geld voor over hebben. Bijvoorbeeld: wanneer een sportvereniging in de kantine geen / minder alcohol schenkt dan kunnen de barinkomsten hier onder lijden. De gemeente zou dan meer subsidie kunnen geven.
11. Gemeente moet goede voorbeelden belonen en ongewenst gedrag straffen.

#### Hoe bereik je ouders?

Via de scholen. Koppel het thema alcoholgebruik door kinderen / jongeren aan een ander thema dat een minder groot taboe is.

In de regio (Eersel) start de GGD met een pilot waarmee landelijk al goede ervaringen zijn opgedaan. In groep 7 keurt een verpleegkundige van de GGD alle kinderen. De ouders zijn hierbij aanwezig. De verpleegkundige krijgt met ingang van schooljaar 2007 / 2008 5 minuten extra tijd om met het kind, en de ouders, te praten over alcoholgebruik.

### Hoe vroeg moet je ouders bereiken?

Ouders moeten op tijd weten wat de gevolgen zijn van alcoholgebruik op jonge leeftijd: dus vóór de leeftijd waarop veel kinderen voor de eerste keer in aanraking worden gebracht met alcohol.

Een goed moment is het tijdstip waarop kinderen in groep 3 of groep 4 zitten.

De voorlichting moet worden herhaald.

### **Thema: depressie**

Eenzaamheid en depressie gaan vaak samen. Naar aanleiding van die uitgangspunt geven de aanwezigen een aantal adviezen:

1. In Eersel werken de KBO, Zonnebloem en kerken met elkaar samen bij het signaleren en bestrijden van depressie / eenzaamheid.  
Ouderen kennen elkaar bijna allemaal en weten daardoor snel wanneer er iemand in de put zit. Men probeert emotionele ondersteuning te regelen door pessimisten en optimisten bij elkaar te zetten. Dit werkt vooral goed wanneer het bekenden van elkaar zijn en men de familie en geschiedenis van elkaar kent.  
Bij werkende volwassenen is het lastiger zicht te krijgen op depressie en eenzaamheid.
2. Mensen die in het kader van de Wmo hulp bij het huishouden verlenen zouden ook in staat moeten zijn om (beginnende) depressie of eenzaamheid te signaleren.
3. Er is best veel aanbod op dit terrein. Al met dit goed onder de aandacht brengen van burgers is al veel winst te behalen. Hier is een belangrijke rol weggelegd voor het zorgloket.
4. Het geven van voorlichting is belangrijk, vooral bij mensen die net weduwe of weduwnaar zijn geworden.
5. De Kempengemeenten willen signalering breed verspreiden. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de deskundigheid van de KBO's.
6. Wanneer eenmaal contact is gelegd met een depressieve of eenzame inwoner kan de contactpersoon een keer iemand van het zorgloket meenemen.

In verband met de tijd is deze discussie niet afgerond.

### **Groep 2**

#### **Thema: preventie van schadelijk alcoholgebruik**

1. Men onderschrijft de doelstellingen van het project 'Laat je niet flessen'. Wel zou men graag een 'tussenstand' zien. Binnenkort is er een presentatie vanuit het project.
2. De ouders moeten geconfronteerd worden met de cijfers, al op de basisschool (niet wachten tot voortgezet onderwijs). De grote vraag is: hoe doe je dat? Immers: meestal komen de meest betrokken ouders naar voorlichtingsavonden... we moeten dus zoeken naar creatieve en aansprekende manieren om de ouders te betrekken. De boodschap moet wellicht ook wat harder/duidelijker – meer normerend- zijn. Verzin een teken voor 'alcoholvrij huishouden', analoog aan de 'niet-roken-sticker'. Veel ouders vinden het goed dat hun kinderen thuis (breezertjes e.d.) drinken; hier meer grip op proberen te krijgen! De regelgeving door ouders is van belang. Het idee 'dat deden wij vroeger ook, dus het moet kunnen' moet doorbroken worden.
3. Maak afspraken met sportkantines; kijk ook eens goed naar de vergunningen. Te vaak is er sprake van een 'derde helft'...
4. Er moeten leuke uitgaansalternatieven komen voor de jeugd van 11 tot 16 jr (voorbeeld: "de Schakel" in Reusel-De Mierden). Gemeente is hierin voorwaardenscheppend! Wellicht kunnen deejays worden ingezet als 'rolmodel'.
5. Gemeente moet de handhaving serieus nemen. Controle op pasjes maakt wel degelijk indruk op de jongere jeugd. Ook de actie 'kamperen bij de boer' in Reusel getuigt van een effectieve aanpak: er is 47 keer gecontroleerd door de politie en 23 keer door de jongerenwerker.

#### **Thema: binnenmilieu**

1. Men is er voorstander van om het project met de CO2-meters uit te breiden naar andere doelgroepen. Eigenlijk is het goed voor alle gebouwen waar grotere groepen mensen bijeen zijn. Eén iemand geeft aan: denk bij ouderen ook een aan de lichtsterkte; dit heeft invloed op hun welbevinden/geestelijke toestand.

**Thema: overgewicht**

1. Men is van mening dat het landelijk beleid 'toch wel op ons bordje komt'. Maar men staat hier ook wel achter, want "als je als gemeente de schoolartsen opdracht geeft om kinderen te monitoren op lengte en gewicht, heb je eigenlijk ook de verantwoordelijkheid om hier vervolgens iets mee te doen".

**Thema: roken**

1. De aanwezigen vragen zich af, of de jeugd niet steeds meer gaat roken? Dit lijkt althans zo in het straatbeeld. Wellicht kan de komende jeugdmonitor hier meer duidelijkheid over geven.
2. Men wil aansluiten bij landelijk beleid
3. Het feit dat de overheid geld geeft aan scholen om ze rookvrij te maken, is positief: handhaven (surveilleren e.d) kost immers mankracht en dus geld. Maar dit doet men liever dan posters ophangen. Het PIUS X en Were Di zijn/worden dan ook rookvrij.
4. Een lokale 'subtiele' aanpak (bijvoorbeeld aanbod voor sporten en stoppen met roken door acupunctuur als combi) zou wellicht positief kunnen werken.





## **Bijlage 4: Evaluatie activiteiten 2003 – 2007**

In de periode 2003-2007 heeft het lokaal gezondheidsbeleid zich met name gericht op gezondheidsbevordering en preventie. De volgende prioriteiten en kader voor de aanpak van het lokaal gezondheidsbeleid zijn in de nota destijds als volgt geformuleerd:

Prioriteiten:

- Bevorderen van een gezonde leefstijl;
- Gezondheid en leefomgeving;
- Geestelijke gezondheid.

Kader voor aanpak:

- we pakken niet alles aan, alleen wat belangrijk en beïnvloedbaar is;
- we richten ons op de (impliciete) zorgvraag van grotere groepen c.q. de bevolking;
- we richten ons op een aanbod van activiteiten dat stimuleert tot gezond gedrag en het verminderen van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen;
- door coördinatie en regie streven we naar een continue bijdrage van zorgaanbieders en zorgvragers aan de aanpak van gezondheidsproblemen;
- we sluiten ons bij de organisatie en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid zoveel mogelijk aan bij reeds bestaande structuren en activiteiten.

Hieronder wordt weergegeven wat er de afgelopen jaren ten aanzien van de diverse prioriteiten is gedaan.

Activiteit of project	Betrokken partijen	Stand van zaken najaar 2007
<b>Thema bevorderen van een gezonde leefstijl :algemeen en PR</b>		
		Onder de noemer 'de Kempen... kerngezond!' zijn diverse activiteiten opgezet en is aandacht in de lokale media gevraagd voor dit thema. Hiertoe zijn diverse PR-materialen ontwikkeld (spandoek, posters, briefpapier, stickers). De klankbordgroep Leefstijl heeft het logo en de materialen bij diverse activiteiten ingezet, onder andere bij de informatiestands in de bibliotheken. Voor de aankondiging van diverse activiteiten is gebruik gemaakt van de gemeentepagina's in de lokale huis-aan-huis bladen en zijn persberichten verstuurd naar alle andere regionale en lokale media.
Jeugdmonitor 12-17 jr (2004)	GGD Zuidoost-Brabant	De monitor heeft inzicht geleverd in de leefsituatie en leefstijl van jeugdigen. De resultaten zijn voorgelegd aan de diverse overleggroepen rond Jeugdbeleid in de Kempengemeenten en ook aan de stuurgroep LGB. Deze metingen worden elke vier jaar herhaald.
<b>Thema bevorderen van een gezonde leefstijl: alcohol</b>		
Pilot alcoholmatiging in de Kempen: 'Drinken of verzuipen'	Kempengemeenten, politie, GGD, Novadic, JOK, K2	Doelstelling van het project was dat scholen, (sport-)verenigingen, horeca en winkels actief mee gaan werken om het alcoholgebruik van jongeren tussen de 11 en 24 jaar terug te dringen (jongste groep weerhouden van drinken, oudere jeugd weerhouden van teveel drinken). Er zijn diverse activiteiten voor jongeren georganiseerd én er zijn cursussen en voorlichtingsbijeenkomsten gehouden voor ouders en voor sportverenigingen, winkels, én horeca over het schenken en verkopen van drank aan jongeren. Project is in 2005 geëvalueerd. Hierover is een apart verslag verschenen.
Project 'Laat je niet flessen!'	SRE, gemeenten, GGD, Novadic, ...	De regio heeft in 2005 het initiatief genomen om in gezamenlijkheid het toegenomen alcoholgebruik aan te pakken. In het project 'Laat je niet flessen!' ligt de nadruk op de preventie van het alcoholgebruik bij jongeren tussen de 10 en 15 jaar waarbij wordt uitgegaan van de systeembenadering. Dit betekent dat de hele omgeving (het systeem) van de jongeren worden benaderd.  Het project kent de volgende twee hoofddoelstellingen: - Opschuiven startleeftijd van alcoholgebruik: Introductie en bestendiging van de norm: onder de 16 geen alcohol. - Afname van dronkenschap in het gehele publieke domein: Introductie en sanctie van de norm: dronken jongeren op straat accepteren we niet langer, evenmin als het schenken aan dronken jongeren.  Effectieve alcoholpreventie bestaat uit drie deels overlappende kernelementen: publiek draagvlak, regelgeving en naleving, handhaving. De werkgroepen zijn ook naar deze drie kernelementen ingedeeld.
	SRE, GGD, Novadic-Kentron, Bibliotheek de Kempen	In de Week van de gezondheid in april 2007 heeft in alle bibliotheken in de Kempen het thema alcohol en opvoeding en het project 'Laat je niet flessen' centraal gestaan. In alle bibliotheken was een tentoonstelling ingericht over dit thema en werden alcoholvrije cocktails gemaakt en uitgedeeld door medewerkers van Novadic- Kentron en de GGD.
<b>Thema bevorderen van een gezonde leefstijl: voeding &amp; bewegen</b>		
initiëren van activiteiten op het terrein van het	werkgroep leefstijl: Ge-	- er is een inventarisatie gedaan van het aanbod op het terrein van leefstijl van de diverse loka-

<p>bevorderen van een gezonde leefstijl, met het accent op voeding en bewegen</p>	<p>zondheid Service (Zuidzorg), Sportservice Noord-Brabant, een beleidsmedewerker Zorg &amp; Welzijn namens de vier gemeenten en de GGD Zuidoost-Brabant</p>	<p>le en regionale instellingen in de Kempen. Tevens zijn de risicogroepen, de problemen en kansen in kaart gebracht (2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- begin 2005 heeft het thema voeding in de schijnwerpers gestaan. In bibliotheken, kranten en lokale blaadjes is er aandacht besteed aan gezonde voeding. Er is een receptenwedstrijd gehouden, een tentoonstelling en er is aandacht besteed aan het project "Dunner Groeien". Via de gemeentehuizen zijn informatiepakketten 'gezonde voeding' verspreid. In Reusel en Eersel zijn ouderbijeenkomsten 'Kind en gewicht in balans' georganiseerd.</li> <li>- najaar 2005/2006: thema bewegen in de bladen, bibliotheken en op scholen onder de aandacht . Ook is er een beweegmarkt georganiseerd.</li> <li>- In het kader van de campagne 'Familie Lekkerbek in balans' (van de GGD) zijn alle scholen in De Kempen in het najaar van 2006 bezocht en is het boekje met richtlijnen over eten en drinken op school uitgedeeld. Als scholen een activiteit uit willen voeren in het kader van voeding en bewegen, dan kunnen ze vanuit de werkgroep Leefstijl extra ondersteund worden. Een school in Knegsel heeft zich al gemeld en daar worden een aantal activiteiten opgepakt: ontbijtactie en lessen 'Energiebalans'. Ook wordt op deze school de kick-off gehouden voor de campagne 'Familie Lekkerbek in balans'.</li> <li>- In de week van de gezondheid, 7 t/m 15 april 2006, heeft in alle bibliotheken het thema Diabetes centraal gestaan. Er werd een infostand ingericht en daarnaast werd in alle bibliotheken een 'spreekuur' gehouden door een dietiste of een diabetesverpleegkundige van Zuidzorg. Er werd aangesloten bij de landelijke campagne 'Kijk op diabetes'.</li> <li>- Op het PiusX- college is een ouderavond gehouden over gezonde voeding door een dietiste van Zuidzorg en de schoolarts. Er zijn op deze school ook plannen om het kantine en automatenbeleid aan te pakken.</li> <li>- Op het Rythoviuscollege in Eersel heeft een ouderavond plaatsgevonden over gezond eten, verzorgd door een dietiste van Zuidzorg. Vanuit de klankbordgroep De Kempen... Kerngezond! is een informatiestand ingericht.</li> </ul>
	<p>BOZ, SSN-Br, GOW, GGD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In overleg met de werkgroep leefstijl is subsidie aangevraagd en verkregen bij de provincie voor uitvoering van het project Leefstijl Actief in de wijk van het Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg (BOZ). Leefstijl Actief in de Wijk is een wijkgericht stimuleringsproject. Het project richt zich op sociale activering van ouderen door middel van bewegingsactiviteiten in groepsverband. Het project is in 2006 in de gemeenten Bladel en Reusel – De Mierden uitgevoerd. Na de zomer hebben in Hapert en Reusel voorlichtingsavonden plaats gevonden. De voorlichtingen werden slecht bezocht. Hierdoor is er alleen in Reusel een groep gestart. Naar aanleiding van het project zou de KBO Hapert alsnog een wervingsactie gaan houden voor de cursus Als Botten en Spieren Protesteren.</li> </ul>
	<p>Werkgroep leefstijl (gemeenten, GGD, Zuidzorg)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De werkgroep leefstijl heeft verschillende pogingen ondernomen om een activiteit van de grond te krijgen die de participatie van jongeren van 12- 18 jaar in sport stimuleert. Uiteindelijk is in het najaar van 2007 met de uitvoerders van het jongerenwerk (Jeugdpoint) afgesproken dat er een activiteit Regiosport de Kempen wordt uitgevoerd begin 2008.</li> </ul>
<p>Project 'dunner groeien'</p>	<p>Zuidzorg i.s.m. GGD, SSN-Br, sportverenigingen en i.o.m. werkgroep leefstijl</p>	<p>Het betreft een 2-jarig leefstijl project, gericht op ouders en kinderen van 9 tot 12 jaar. Doel is het verkrijgen van een betere balans in energieopname en –verbruik. Start was voorzien in maart 2004. Gebleken is dat het heel lastig is om voldoende deelnemers te vinden. Vandaar is de cursus tot nu toe wegens te weinig belangstelling niet doorgegaan. Folders zijn verspreid via de JGZ,</p>

Voorlichting gezonde voeding ouderen	GOW	<b>scholen, huisartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werk, apotheek, bibliotheek.</b> Het GOW merkt dat veel ouderen en gehandicapten worstelen met thema's als hoe bereid je een gezonde maaltijd, hoe pas je een voorgeschreven dieet toe, welke voorzieningen zijn er m.b.t. maaltijden en welke alternatieven zijn er als je niet alleen wilt eten? Door middel van een regionale informatiemiddag in mei 2006 in Bladel heeft het GOW aandacht besteed aan deze thema's. Doelstelling was dat de verschillende mogelijkheden die in De Kempen voorzien in een gezonde dagelijkse maaltijd aan het netwerk rond de doelgroep ouderen en gehandicapten bekend wordt gemaakt. Het ging hierbij om mantelzorgers, vrijwilligers, wijkverpleegkundigen etc. Door, middels een film, aandacht te besteden aan kleinschalige initiatieven van ouderen en gehandicapten zelf heeft het GOW laten zien dat het niet moeilijk hoeft te zijn om je eigen oplossingen te organiseren. Tot slot zijn er workshops georganiseerd over Gezonde Voeding en Dieetkoken voor mantelzorgers.
<b>Thema gezondheid en leefomgeving</b>		
Leveren van inzicht in de prevalentie van lawaai en stankoverlast en andere aspecten van de woonomgeving plus ontwikkelen van beleid en uitvoering	GGD afd. onderzoek, Gemeente	In de Monitor Volwassenen zijn specifieke vragen over deze onderwerpen opgenomen. De uitkomsten zijn onder andere besproken in de Stuurgroep LGB. De metingen worden elke vier jaar herhaald (dat houdt in: jaarlijks één van de genoemde doelgroepen)
Handreiking Gezondheid en milieu	Milieudienst SRE, GGD ZOB en Eindhoven, gemeenten Bladel en Helmond	In een samenwerking tussen de MDRE, de gemeenten Bladel en Helmond en de GGD'en is de handreiking 'Gezondheid en Milieu' verschenen. Met als doel regiogemeenten bekend te maken met de verplichtingen die voortvloeien uit het Actieprogramma Gezondheid en Milieu van het ministerie van VROM.
Cursus Valpreventie	Fysiotherapie Coenen (Bergeijk)	Door de Stuurgroep LGB is een financiële bijdrage verleend aan het opzetten van een cursus Valpreventie. De informatieve cursus "In Balans" startte op 6 oktober 2004 met 10 deelnemers.
Pollenallergie	Werkgroep pollen (Gemeenten, GGD)	In het kader van het thema leefomgeving en milieu zijn in 2005 de mogelijkheden voor gemeentelijke interventies op het gebied van pollen en allergie onderzocht. Dit heeft geresulteerd in de notitie: "Lokaal gezondheids beleid, en pollen gerelateerde gezondheidsklachten: wat kan een gemeente doen?" Verder zijn gedurende februari t/m september 2006 maandelijks publicaties geplaatst in de lokale pers omtrent de actuele allergie-veroorzakende pollen. Belangstellenden konden bij het gemeentehuis of de plaatselijke bibliotheek een informatiepakket afhalen.
Cursus Valpreventie	GOW, Stichting Steunfonds Gezondheidszorg Kempenland, GGD Zuidoost Brabant, Zuidzorg en de plaatselijke Katholieke Bonden voor Ouderen	Het project Valpreventie is gericht op het voorkomen van vallen bij senioren. Het valpreventieproject wil dit bereiken door het geven van een voorlichting en door het aanbieden van cursussen in iedere gemeente. De voorlichting is erop gericht senioren te informeren over de risico's van vallen en op de mogelijkheden valrisico's te verkleinen. De cursussen zijn erop gericht vallen bij senioren te voorkomen door de conditie, spierkracht en evenwicht te verbeteren. Dit project is gestart in 2005.
Opzet en uitvoering van een project ter bevordering van een gezond binnenmilieu op basisscholen	GGD	Bij onvoldoende ventilatie in een klaslokaal kunnen de leerlingen last krijgen van hoofdpijn en vermoeidheid, wat het leervermogen kan beïnvloeden. Vooral bij kinderen met ademhalingsproblemen treden versnelde versterkte klachten op bij slechte ventilatie. Doelstelling van het pilot-project was om door het geven van Ventilatie-Advies-Op-Maat, docen-

		<p>ten beter de aanwezige ventilatievoorzieningen te laten gebruiken. Daarbij werd specifiek onderzocht in hoeverre de aanwezigheid van een CO2-signaalaanduiding op het bureau van de docent tot een extra verbetering van de ventilatie leidt. Inmiddels zijn alle scholen in de vier Kempengemeenten onderzocht en van advies voorzien.</p> <p>De resultaten van dit project, uitgevoerd door afdeling Milieu van de GGD, zijn zeer positief. Het ventilatiegedrag op de deelnemende basisscholen verbeterde aanzienlijk en met kleine ingrepen kon het leefklimaat aanzienlijk verbeterd worden, hetgeen zich ook vertaalde in een betere luchtkwaliteit (CO2-gehalte). Om het succes van dit project voort te zetten heeft de stuurgroep LGB in 2007 besloten alle scholen (indien men dit wenst) te voorzien van een eigen CO2-meter. Tevens ontvangen zij een lespakket over dit onderwerp. Vrijwel alle scholen hebben aangegeven graag een CO2-meter te ontvangen.</p>
<b>Thema Geestelijke Gezondheid</b>		
Coördinatie- en Adviespunt Huiselijk Geweld de Kempen	MW Dommelregio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Binnen de vier Kempengemeenten Bergeijk, Bladel, Eersel en Reusel – De Mierden is sinds februari 2004 het coördinatie en adviespunt Huiselijk Geweld operationeel. Dit is onderdeel van het project Stop Huiselijk Geweld De Kempen. Positieve effecten zijn o.a.:</li> <li>• maatschappelijk werkers zijn nu beter in staat om door te vragen op de problematiek huiselijk geweld;</li> <li>• cliënten doorbreken het zwijgen over huiselijk geweld in een eerder stadium;</li> <li>• in veel gevallen blijkt het mogelijk om het actuele geweld te stoppen op het moment dat hulpverlening van start gaat;</li> <li>• Het pilotproject Huiselijk Geweld is inmiddels afgerond en geëvalueerd. Vanaf 1 januari 2007 zal de frontoffice Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld voor zowel Eindhoven als voor de regio uitgevoerd worden door NEOS te Eindhoven. Er is één telefoonnummer voor de hele regio waar iedereen rechtstreeks terecht kan voor informatie, advies en meldingen met betrekking tot huiselijk geweld. De hulpverlening (backoffice) wordt vervolgens lokaal aangeboden.</li> </ul>
provinciaal project 'ouderenmishandeling'	GDD'en in Noord-Brabant	Het provinciale project ' <i>ouderenmishandeling</i> ' van de GGD'en in Noord-Brabant sluit aan op het project huiselijk geweld. Beide projecten richten zich op het meer bespreekbaar maken van de problematiek en het bevorderen van het daadwerkelijk melden van het geweld.
Leveren van inzicht in aspecten van de geestelijke gezondheid bij de bevolking	GGD afd. onderzoek	In zowel de jeugd (kinderen en jongeren), volwassenen- als ouderenmonitor is aandacht voor de geestelijke gezondheid (inclusief eenzaamheid/sociale aspecten) van de doelgroep. Deze metingen worden elke vier jaar herhaald (dat houdt in: jaarlijks één van de genoemde doelgroepen).
<b>Thema Geestelijke Gezondheid: eenzaamheid</b>		
	Stuurgroep LGB, GOW Dommelregio, GGzE GGD e.a.	Het thema 'eenzaamheid' is in 2004 uitgebreid in de Stuurgroep LGB aan de orde geweest. Hoewel verschillende partijen zich met dit thema bezighouden, blijkt het een moeilijk grijpbaar onderwerp. Cruciaal is het 'vinden' van de eenzame en het op maat begeleiden van hem of haar. Er is door medewerkers van de GGD en de gemeente overleg gevoerd met het AMW, GOW en GGZE over deze problematiek. Geen van de bevraagde organisaties bleek echter in staat of in de gelegenheid om de kar te gaan trekken voor een gezamenlijk project rond dit thema.

		In de Kempen wordt al veel gedaan door de genoemde partijen, maar ook door vrijwilligersorganisaties. Het preventief huisbezoek is één van de middelen die worden ingezet, maar ook valt te denken aan laagdrempelige inloopactiviteiten, bezoekdiensten, een signaleringsnetwerk en aan cursussen voor verweeduwen.
Maatjesproject	GOW	In 2007 zijn afspraken gemaakt met vrijwilligersorganisaties (wonen, zorg en welzijn) over inzet van vrijwilligers bij mensen in een sociaal isolement met als doel hen te stimuleren/ ondersteunen om deel te nemen aan lokale activiteiten/ het verenigingsleven. Met professionele organisaties (MW en GGZ) zijn afspraken gemaakt over de begeleiding van de vrijwilligers. De Lokale loketten zijn ingesteld als meldpunt eenzaamheid. Vragen om langdurige aan huisgebonden inzet van vrijwilligers worden vanaf 2008 doorverwezen naar MEE.
Project 'adviserend huisbezoek' voor ouderen van 75 jr	GOW, KBO	Ouderen van 75 jaar worden door persoonlijke voorlichting wegwijs gemaakt in de mogelijkheden op het gebied van zorg- en dienstverlening. Dit alles met als doel om zelfstandig wonen zo lang en verantwoord mogelijk te bevorderen.
Verbeteren signalering eenzaamheid	GOW, ouderenadviseurs	In 2005 zijn de ouderenadviseurs (die de preventieve huisbezoeken afleggen) nageschoold op het gebied van signaleren van eenzaamheid.
	Seniorenraad, KBO	In Bladel is al enkele jaren een 'signaleringsnetwerk' actief. Dit richt zich o.a. op eenzaamheid bij ouderen.
	Stuurgroep LGB – werkgroep signalering	In 2006/2007 is vanuit de stuurgroep een werkgroep signalering opgestart met als doel de mogelijkheden te verkennen voor een 'brede' vorm van signalering: eenzaamheid, depressie, overbelasting mantelzorg, armoede, etcetera. Hoewel er mogelijkheden liggen is nog onduidelijk welk vervolg hieraan gegeven gaat worden.
Cursus "ik mag niet klagen" voor medewerkers verzorgingshuizen	GgzE, RSZK	Het project is in 2005 door GGzE afgerond in de Wiekenborg. De geïntroduceerde observatielijst wordt bij de consultatie door een hulpverlener van GGzE gebruikt.
Eetpunt in de Ster (Lage Mierde)	Rode Kruis	Met financiële hulp van de Stuurgroep Lokaal Gezondheidsbeleid is in de gemeente Reusel-De Mierden een eetproject voor ouderen gestart. In 'de Ster' te Lage Mierde kunnen oudere inwoners sinds 1 maart 2004 terecht voor een gezonde en gezellige maaltijd samen met anderen. Per keer maken hier ongeveer 30 personen gebruik van. Dit eetpunt biedt mensen de mogelijkheid elkaar te ontmoeten en is derhalve een probaat middel in de eenzaamheidspreventie.
<b>Thema Geestelijke Gezondheid: mantelzorg</b>		
	de Wiekenborg (RSZK), GGD Zuid-oost-Brabant, beleidsmedewerker Welzijn namens de vier gemeenten, Steunpunt Mantelzorg (GOW), Maatschappelijk Werk Dommelregio, Zuidzorg, regionaal Platform Belangenbehartiging Mantelzorg ZOB, GGzE, MEE en de	Mede als gevolg van de invoering van de WMO krijgt de lokale overheid steeds meer verantwoordelijkheid op het gebied van zorg voor en ondersteuning van ouderen, zieken en gehandicapten. Ook de ondersteuning van mantelzorgers valt hieronder. In de Stuurgroep Lokaal Gezondheidsbeleid van de Kempengemeenten (LGB) is daarom in februari 2005 besloten om een "werkgroep Mantelzorg de Kempen" op te richten. Vanuit deze werkgroep zijn de volgende activiteiten opgezet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- In gezondheidsmonitor volwassenen zijn o.a. op aangeven van de werkgroep extra vragen over mantelzorg opgenomen en is een antwoordstrook toegevoegd waarmee men kon aangeven extra informatie te willen ontvangen over mantelzorg.</li> <li>- In het voorjaar van 2006 is in elke gemeente een bijeenkomst met mantelzorgers georganiseerd om hun knelpunten te beluisteren. De eindresultaten zijn gebundeld in een adviesbrief richting gemeenten.</li> <li>- De formatie van het steunpunt mantelzorg is uitgebreid.</li> </ul>

	Plaatsse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Als rechtstreeks gevolg van deelname aan de werkgroep heeft het RSZK mantelzorgondersteuning expliciet opgenomen in haar beleidsplan. Door de werkgroepleden zijn onderling voorbeeldprojecten uit den lande uitgewisseld over mantelzorgondersteuning in de intramurale zorg.</li> <li>- In het najaar van 2006 zijn in elke gemeente informatiemiddagen georganiseerd over mantelzorg en de ondersteuning door hulpmiddelen in huis. Helaas werden deze bijeenkomsten slecht bezocht. Bekeken zal worden of deze informatie in 2007 op een andere manier onder de aandacht kan worden gebracht.</li> <li>- De werkgroep heeft het Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg (BOZ) ingezet om een vergelijking te maken tussen behoeften en aanbod. Dit heeft begin 2007 geresulteerd in een rapportage.</li> <li>- maandelijkse ontmoetingsbijeenkomst voor mantelzorgers in elk van de vier Kempen gemeenten welke wordt begeleid door medewerkers van het Steunpunt Mantelzorg de Kempen (onderdeel van het GOW).</li> <li>- Er wordt gewerkt aan een website: <a href="http://www.mantelzorgdekempen.nl">www.mantelzorgdekempen.nl</a> .</li> <li>- Het aanbod op het gebied van mantelzorgondersteuning is door de werkgroep uitgebreid geïnventariseerd en gebundeld in een handboek. Deze handboeken zijn in het najaar van 2007 aangeboden aan de portefeuillehouders en gaan gebruikt worden door de lokale loketten. Momenteel wordt nog gewerkt aan een overzicht voor de diverse intermediairen.</li> </ul>
--	-----------	---