

Lokaal gezondheidsbeleid 2008 - 2012

Gemeente Borger-Odoorn



“En morgen gezond weer op!”

december 2007



Colofon

Het format met basisteksten is ontwikkeld door de Drentse werkgroep Gemeenten – GGD. Dit in opdracht van het portefeuillehoudersoverleg Zorg en Welzijn van de VDG en in afstemming met het AB van GGD Drenthe.

In de werkgroep hebben zitting:
Jan van der Kooi, gemeente Noordenveld
Eddy Smedema, gemeente Assen
Feronica Pentury, gemeente Meppel
Jos Meulman, gemeente Emmen
Jaap Gernaat, gemeente Emmen
Ingrid van de Vegte, GGD Drenthe
Heleen Langen, GGD Drenthe

Het lokale deel is opgesteld door de beleidsmedewerker Volksgezondheid, Vera van Kesteren (mede op basis van de inbreng van professionals en doelgroepen)

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Korte samenvatting	5

Algemeen deel: Gezondheid, gemeente, rijk en het gezondheidsbeleid

1	Gezondheid	6
1.1	Gezondheid en beïnvloedende factoren	
1.2	De openbare gezondheidszorg	
2	De gemeente en de openbare gezondheidszorg	7
2.1	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	
2.2	Taken van GGD Drenthe	
2.3	De Jeugdgezondheidszorg	
2.4	Het Preventief Jeugdbeleid	
2.5	Relatie Nota Gezondheidsbeleid, Jeugdgezondheidszorg en het Preventief Jeugdbeleid	
2.6	Wet Maatschappelijke Ondersteuning	
2.7	Relatie tussen WCPV en Wmo	
2.8	De toekomstige Wet publieke gezondheid	
3	Het Rijk en de openbare gezondheidszorg	11
4	Gezondheidsbeleid: kansen voor gezondheid	11
4.1	Lokaal gezondheidsbeleid	
4.2	Deeltherreinen lokaal gezondheidsbeleid	

Regionaal en lokaal deel: Gezondheid in Drenthe, in Borger-Odoorn en de speerpunten

5	Gezondheid in Drenthe, conclusies	13
6	Evaluatie n.a.v. de bestaande nota "Gezond beleid"	14
7	De huidige gezondheidssituatie in Borger-Odoorn	16
8	De speerpunten in gemeente Borger-Odoorn	20
8.1	Preventiebeleid	
8.2	Integraal gezondheidsbeleid	
8.3	Zorgbeleid	

Activiteiten in 2008 en op de middellange termijn: Wat gaan we doen in Borger-Odoorn

9	Aanpak	22
10	Begroting	26
Bijlagen		27
	Lijst met afkortingen	38

Inleiding

Als je mensen vraagt, wat ze belangrijk vinden in het leven, is meestal het eerste wat genoemd wordt: "een goede gezondheid!" Dat deze niet vanzelfsprekend is, blijkt ook wel uit de vele gegevens van de GGD en de RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). Diabetes, hart- en vaatziekten en kanker vormen ernstige bedreigingen voor de gezondheid. Een op de drie inwoners krijgt ermee te maken.

Uit onderzoek blijkt dat sociale en fysieke omgevingsfactoren een belangrijke invloed uitoefenen op de gezondheid van mensen. En dat zijn tevens de factoren die een gemeente positief kan beïnvloeden. Daar is dus winst te behalen. Want hoe minder mensen in de zorg, hoe groter het welbevinden. Uiteraard scheelt het dan ook in de uitgaven voor de gezondheidszorg.

Je wilt als gemeente graag dat de inwoners tevreden, gelukkig én gezond kunnen blijven wonen in hun eigen dorp. En dat we prettig samenleven. Daarom vormt het volksgezondheidsbeleid samen met het Wmo beleid een belangrijke pijler voor een gezonde, lokale samenleving.

Aan gemeenten ligt nu de wettelijke opdracht voor, om voor de komende 4 jaar de tweede nota Volksgezondheid vorm te geven. In Drenthe hebben we gekozen om een basisdeel te formuleren dat we allemaal delen. Vervolgens geeft iedere gemeente daar haar couleur locale aan. In het algemene deel wordt tevens de relatie met de Wmo beschreven.

En in het lokale deel worden - voor alle duidelijkheid - de voornemens op het gebied van volksgezondheid uit de Wmo nota wel herhaald. Ook wordt er onderscheid gemaakt tussen de korte termijn (2008) en de langere termijn (2009-2012). Voor ieder afzonderlijk jaar zal een activiteitenplan worden opgesteld, op basis van de ervaringen van het voorgaande jaar en landelijke ontwikkelingen. Hierbij zal per activiteit een plan van aanpak worden gemaakt, waarin onder meer de betrokken partners worden genoemd, de regierol van de gemeente en de rollen van de betrokken partijen. Doelgroepen en betrokken deskundigen worden bij het opstellen van dit plan betrokken. Deze jaarlijkse cyclus geeft ook de mogelijkheid om de voortgang te evalueren en tussentijdse resultaten te presenteren aan de gemeenteraad.

Als geheugensteun is een korte samenvatting opgenomen.

De nota is verder opgebouwd uit drie delen:

1. een algemeen deel, waarin allerlei gezondheidsontwikkelingen en algemene cijfers aan de orde komen;
2. een regionaal en lokaal deel, waarin de Drentse ontwikkelingen worden beschreven en vervolgens de lokale gegevens op een rijtje gezet;
3. een lokaal deel waarin de voorgenomen activiteiten worden gemeld.

Aan het einde is nog een aantal informatieve bijlagen toegevoegd, bij wijze van achtergrondinformatie.

Korte samenvatting

Algemeen

In Nederland zijn verschillende wetten betrokken bij het gezondheidsbeleid. De verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid ligt grotendeels bij de gemeenten. Daarvoor beschikken alle gemeenten over een GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst). Maar ook andere organisaties leveren een bijdrage in de uitvoering: Icare (consultatiebureaus) en de eerste lijn zorgaanbieders (zoals huisartsen, Geestelijke Gezondheidszorg)

In Drenthe

Voor een groot deel is de gezondheid in Drenthe niet erg afwijkend van het landelijke beeld. Er is wel iets meer vergrijzing en er zijn regionaal wat verschillen. Uit landelijk onderzoek door het Rijk blijkt dat Drenthe behoort tot de regio's met een goede gezondheid. Overgewicht bij jeugd en bij volwassenen is echter een opvallende gezondheidsbedreiging. Het komt in Drenthe beduidend meer voor dan in de rest van Nederland. De landelijke trend van jongeren die steeds jonger alcohol beginnen te drinken, is in Drenthe niet aanwezig.

In Borger-Odoorn

Vrijwel alle activiteiten uit de oude nota, "Gezond beleid", zijn de afgelopen jaren in meer of mindere mate uitgevoerd. Toen al werd vastgesteld, dat armoede een belangrijke voedingsbodem is voor een slechte gezondheid. Daarom zal ook de komende periode aandacht zijn voor het bestrijden ervan. Dit ligt vooral op het terrein van de Wmo en Sociale Zaken. Maar er ligt nog steeds een aantal specifieke gezondheidsuitdagingen:

- meer aandacht voor kwetsbare mensen;
- vroegtijdig signaleren van gezondheidsproblemen;
- mensen goed informeren / voorlichten, dicht bij waar ze wonen;
- voorkomen en bestrijden van overgewicht / suikerziekte (diabetes), overmatig alcoholgebruik, roken en depressies;
- goede samenwerking vanuit verschillende invalshoeken (bijv. sport, wonen, onderwijs);
- goede informatie en afstemming met zorgverleners, waar mensen meestal als eerste mee te maken krijgen (consultatiebureau, huisartsen).

Vanuit deze uitdagingen gaan we in 2008 aan de slag met een aantal concrete activiteiten (zie bladzijde 23). Binnen de Wmo zijn ook activiteiten benoemd, die vanuit het terrein van de volksgezondheid aangestuurd worden, zoals bijvoorbeeld mantelzorgondersteuning. Voor 2009 en verder worden ze in zijn algemeenheid benoemd. Eind 2008 zal een nieuw, concreet activiteitenplan voor 2009 worden benoemd.

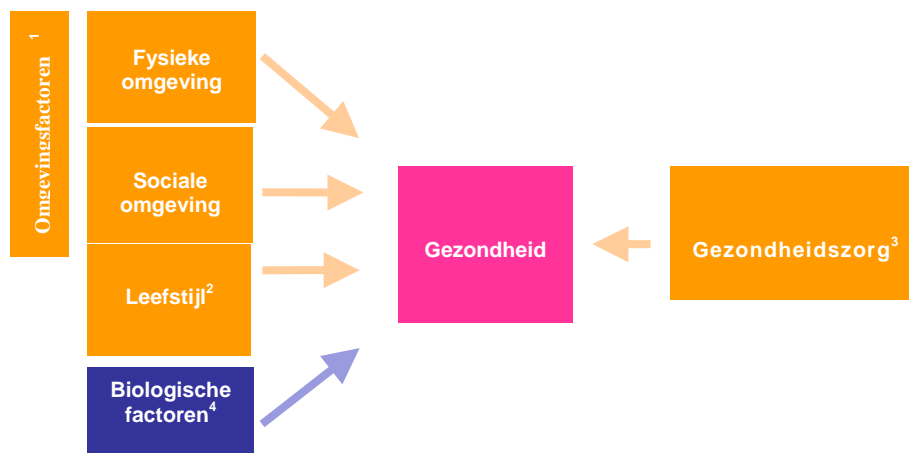
Algemeen deel: Gezondheid, gemeente, rijk en het gezondheidsbeleid

1 Gezondheid

1.1 Gezondheid en beïnvloedende factoren

Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Gezonde mensen voelen zich beter, zijn minder vaak ziek en werken meer en langer. Gezondheid is een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, die wordt beïnvloed door verschillende factoren. De Canadese minister van Gezondheid Lalonde heeft een model ontwikkeld om gezondheid te 'verklaren' met behulp van de factoren die er op van invloed zijn.

Figuur 1: Model van Lalonde



- 1 Omgevingsfactoren, de fysieke en sociale omgeving:** aspecten van wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten;
- 2 Leefstijlfactoren:** het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).
- 3 Gezondheidszorg:** het gaat hier met name over de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.
- 4 Biologische en erfelijke factoren:** de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte. Gezondheid en gezond gedrag is in de eerste plaats een zaak van mensen zelf, maar uit het bovenstaande model blijkt dat ook andere factoren een rol spelen bij het maken van gezonde keuzes en gezondheid van mensen, zoals de omgeving en de aanwezigheid van gezondheidsvoorzieningen.

1.2 De openbare gezondheidszorg

Openbare gezondheidszorg is gericht op de bescherming, bevordering en bewaking van de gezondheid van en acute hulpverlening aan de bevolking. Bij openbare gezondheidszorg gaat het om de gezondheid van de gehele bevolking, van risicogroepen en van mensen die tussen wal en schip vallen. Aan de activiteiten op het gebied van openbare gezondheidszorg ligt in principe geen individuele hulpvraag ten grondslag. Het meest karakteristiek aan

openbare gezondheidszorg is dat er vooral sprake is van een preventieve insteek en een maatschappelijke hulpvraag en dat de interventies zich richten op groepen. Het is de overheid die verantwoordelijk is voor de openbare gezondheidszorg.

De openbare gezondheidszorg omvat naast de taken van de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding, ook voorlichting over diverse gezondheidsthema's, de verslavingspreventie en activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en het optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen.

Vanwege de samenhang van gezondheidsbeleid met allerlei beleidsterreinen heeft de gemeente de centrale rol in de openbare gezondheidszorg. Daar kan immers het beste het verband worden gelegd tussen de gezondheidsproblematiek in de gemeente, de leefomgeving, de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen en de accenten bij de diverse uitvoeringsorganisaties.

2 De gemeente en de openbare gezondheidszorg

Meerdere wetten leggen verantwoordelijkheden bij de gemeente voor de gezondheid van haar inwoners.

2.1 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid is een zogenaamde mede-bewindvoeringswet en regelt sinds 1989 de relatie tussen het rijk en de gemeenten ten aanzien van de openbare gezondheidszorg. In de WCPV zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente en het rijk ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van de openbare gezondheidszorg vastgelegd. Artikel 3b verplicht de gemeenteraad elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen waarin wordt aangegeven hoe burgemeester en wethouders uitvoering geven aan de in de wet vastgelegde taken.

De wet heeft tot doel gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie voor de bevolking te bevorderen. In de WCPV worden drie deeltherreinen onderscheiden: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Gemeenten brengen de hieruit voortvloeiende werkzaamheden over het algemeen onder bij de GGD. De Openbare Geestelijke gezondheidszorg (OGGz) is per 1 januari 2007 overgeheveld van de WCPV naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).

2.2 Taken van GGD Drenthe

De WCPV zegt in artikel 5 het volgende over de GGD:

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de gemeenteraden zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.
2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad respectievelijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

De 12 Drentse gemeenten hebben aan deze verplichting voldaan door via een gemeenschappelijke regeling de GGD Drenthe in het leven te roepen. Daarmee is GGD Drenthe de gemeentelijke gezondheidsdienst ex artikel 5 van de WCPV die door de Drentse gemeenten via deze gemeenschappelijke regeling wordt aangestuurd. Er is sprake van verlengd lokaal bestuur. De GGD voert wettelijke taken uit binnen de WCPV en kan daarnaast overige taken uitvoeren die in het verlengde daarvan liggen in opdracht van het bestuur, individuele gemeenten of derden.

De wethouder van de gemeente die verantwoordelijk is voor volksgezondheid is ook bestuurder van de GGD.

Een goede -op de lokale situatie toegesneden- uitvoering van de WCPV is van groot belang voor het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid.

Voor het gemeenschappelijke deel willen gemeenten en GGD in 2008 overeenstemming bereiken, evenals over het gewenste kwaliteitsniveau en de in te zetten formatie. Het nader vast te stellen basispakket zal een onderdeel zijn binnen de twaalf gemeentelijke nota's. Naast het gemeenschappelijke pakket kan elke gemeente haar GGD inzetten om andere opdrachten binnen het volksgezondheidsbeleid uit te voeren. Dit kan gaan om onder andere extra gegevensverzameling voor beleid, ontwikkeling van gezondheidsbevorderende projecten, milieumetingen op scholen, coördinatie van gezondheidsactiviteiten bijvoorbeeld in samenwerking met de eerste lijn, maatwerkactiviteiten in de jeugdgezondheidszorg, projectleiding binnen het jeugdbeleid etcetera.

De taken die door de GGD uitgevoerd worden zijn:

1. uitvoering JGZ, 4-19 jaar, uniform en maatwerk
2. uitvoering wet infectieziekten, waaronder technische hygiënezorg en soa/aids
3. inspectie kinderopvang
4. reizigersadvies en -voorlichting
5. medische milieukunde
6. gezondheidsbevordering
7. epidemiologie
8. forensische geneeskunde
9. beleidsadvies gemeentelijk beleid
10. coördinatie, melding en uitvoering OGGZ
11. coördinatie en melding aanpak huiselijk geweld

2.3 De Jeugdgezondheidszorg

De Jeugdgezondheidszorg is onderdeel van de WCPV. Voor een landelijke eenduidigheid heeft het rijk regels vastgesteld, waaraan het uitvoeringsprogramma, het basistakenpakket, tenminste moet voldoen. Taken op dit terrein zijn:

- geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen.
- verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren (signalering);
- ramen van de behoefte aan zorg;
- formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de gemeenten. Binnen het basistakenpakket heeft de gemeente beleidsmatige ruimte om aanvullende inzet te laten plegen op de genoemde aandachtsgebieden. Dit is het zogeheten 'lokaal maatwerk', zoals bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning.

De Jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen wordt in Drenthe uitgevoerd door twee uitvoeringsorganisaties: de GGD (4-18 jaar) en Icare (0-4 jaar, de consultatiebureau's). De belangrijkste uitdagingen waar de 12 gemeenten en de organisaties de komende jaren voor staan zijn:

1. het realiseren van een integrale JGZ 0-19 jaar: opheffen van de 'knip' bij 4 jaar, een doorgaande lijn, één samenhangend productenaanbod, het omschrijven en invullen van alle voorwaarden die nodig zijn om dit te bereiken;
2. de positionering van de integrale JGZ 0-19 jaar binnen het veld van het integrale jeugdbeleid (ontwikkeling Centra Jeugd en Gezin).

2.4 Het Preventief Jeugdbeleid

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het preventief jeugdbeleid is gebaseerd op een aantal wetten: de Welzijnswet, de WCPV, onderwijswetgeving voor Voor- en vroegschoolse educatie (VVE), de Leerplichtwet en de Wet op de Jeugdzorg.

De Wet op de Jeugdzorg legt de regie voor de geïndiceerde zorg bij de provincies en voor de niet-geïndiceerde, de 'voorliggende' of preventieve zorg, bij de gemeenten. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het voorkomen van ernstige problemen bij de jeugd waartoe onder meer de eerste opvang van jeugdigen en hun ouders met vragen en problemen behoort. De gemeentelijke taken zijn nader bepaald in een convenant dat de rijksoverheid, de provincies en de gemeenten hebben gesloten. De gemeentelijke taken zijn: advies en informatie, signaleren van problemen, toeleiden tot het hulpaanbod, licht pedagogische hulp en coördinatie van zorg.

De inhoud van het convenant en de taken hebben mede als input gediend voor het ontwerp en de invulling van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning, welke op 1 januari 2007 in werking is getreden. De Wmo bestaat uit meerdere prestatievelden: prestatieveld 2 heeft betrekking op jeugd. Hierin gaat het over 'op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden'. Prestatieveld 3 geeft aan dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor informatie, advies en cliëntondersteuning. Gemeenten hebben op grond van deze wettelijke kaders vrijheid in het lokaal invullen van het jeugdbeleid.

2.5 Relatie Nota Gezondheidsbeleid, Jeugdgezondheidszorg en het Preventief Jeugdbeleid

Ieder kind moet de kans krijgen gezond en veilig op te groeien, zijn talenten te ontwikkelen, zich goed voor te bereiden op zijn toekomst, waarbij van jongeren een positieve bijdrage aan de maatschappij wordt verwacht. Rijk en gemeenten willen bereiken dat opvoed- en opgroeiondersteuning voor ouders en kinderen vanzelfsprekend wordt, makkelijk te bereiken en voldoende voorhanden is. Centra voor jeugd en gezin (CJG) dienen daartoe als concept, met als doel bestaande functies en taken op het gebied van opvoeden en opgroeien in een samenhangend pakket van diensten aan te bieden.

Kabinet en VNG zijn het er over eens dat gemeenten een cruciale rol spelen in de ondersteuning, hulp en zorg aan kinderen en gezinnen. Zij constateren dat de afstemming tussen provincies en de gemeenten op het terrein van de jeugdzorg en het jeugdbeleid nog onvoldoende is en dat de positie van gemeenten moet worden versterkt. Het kabinet ondersteunt en stimuleert daarom pilots op lokaal niveau waar nieuwe vormen van samenwerking tussen provincies en gemeenten worden ontwikkeld.

De bij het preventief jeugdbeleid betrokken organisaties zijn veelal op regionaal of provinciaal niveau georganiseerd. De gemeenten staan voor de uitdaging om (op onderdelen) overeenstemming te bereiken over enerzijds het lokale maatwerk, anderzijds het belang van gemeentegrens-overschrijdende en meerjarige afspraken met de uitvoeringsorganisaties.

In het Bestuursakkoord¹ is overeengekomen, dat iedere gemeente gedurende de looptijd van deze nota gezondheidsbeleid tenminste één CJG in de gemeente realiseert. Het basismodel van de CJG's omvat de Jeugdgezondheidszorg, prestatieveld 2 van de Wmo en een schakel met Bureau Jeugdzorg (met een voorpostfunctie en verankering van samenwerking in de backoffice, de achterliggende hulpverlening) en met het Zorgadviesteam (zorg op het voorgezet onderwijs).

¹ Bestuursakkoord Rijk en Gemeenten dd 6 juni 2007, zie ook www.vng.nl

2.6 Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning maakt de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie van alle burgers. De Wmo is bedoeld voor burgers die drempels ervaren in hun deelname aan de maatschappij. Onder de Wmo moeten gemeenten periodiek per prestatieveld aangeven welke doelen ze nastreven, welke activiteiten ze ondernemen, welke resultaten ze daarop behalen en wat de samenhang is tussen de prestatievelden. Dit alles in goed overleg met de relevante organisaties, de burgers en de gemeenteraad. In de doelstellingen van de Wmo neemt de realisatie en versterking van een zogenaamde 'civil society' een belangrijke plaats in. Het doel dat daarmee wordt beoogd, is dat burgers zorg en ondersteuning in hun eigen omgeving organiseren.

2.7 Relatie tussen de WCPV en Wmo

De relatie tussen de WCPV en de Wmo kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende pijlers, met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers (zie figuur 2). De WCPV richt zich op het bevorderen en het beschermen van de gezondheid van groepen uit de bevolking: de (nog) gezonde burgers. De Wmo richt zich zowel op groepen uit de bevolking als op individuele burgers. Het gaat er om burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Gezondheid in brede zin speelt dus ook een belangrijke rol bij de Wmo. Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. Andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij weer mogelijk. Beide wetten hebben uiteindelijk een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven.



Figuur 2 : WCPV en Wmo als pijlers voor kwaliteit van leven.

De relatie tussen de WCPV en de Wmo geeft inzicht in het belang van preventie. Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt. Veel gezondheidswinst is te behalen wanneer men vroeg in het (ziekte)proces ingrijpt en de gezondheid bevordert. Om te voorkomen dat te veel inwoners een beroep doen op de Wmo-voorzieningen en gemeenten om financiële redenen de aandacht richten op individuele voorzieningen, is het van belang dat gemeenten investeren in de preventietaken binnen de beide wetten, de (collectieve) preventieactiviteiten die voorafgaan aan cure (op genezing gericht), care (op verzorging gericht) en welzijn.

2.8 De toekomstige Wet publieke gezondheid

Het ministerie van VWS bereidt de nieuwe Wet publieke gezondheid voor die de WCPV zal vervangen. In het wetsvoorstel worden internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding verankerd welke betrekking hebben op de sturing bij crises. Op dit moment zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het terrein van de

infectieziektebestrijding nog geregeld in drie afzonderlijke wetten: de WCPV, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Ook het verplichte gebruik van het elektronische kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg wordt met de wet publieke gezondheid geregeld.

3 Het Rijk en de openbare gezondheidszorg

Op grond van artikel 7 van de WCPV stelt de minister van VWS vanaf 2002 elke vier jaar in de Rijkspreventienota de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. Eind 2006 is de tweede nota vastgesteld, met de titel 'Kiezen voor gezond leven'. Deze nota beoogt richting te geven aan de vierjaarlijkse gemeentelijke nota lokaal gezondheidsbeleid.

Ondanks de kennis over gezond gedrag nemen ongezonde gedragingen onvoldoende af of nemen soms zelfs toe. Ongezonde leefgewoonten leiden tot verhoogde risico's op verlies van gezondheid. Hoewel de gemiddelde levensverwachting de afgelopen decennia absoluut gezien is toegenomen, is Nederland in Europa op de ladder van gezondheid en levensverwachting afgezakt naar de middenmoot.

Het kabinet en de gemeenten streven ernaar dat mensen langer in goede gezondheid leven. Het bevorderen van de volksgezondheid wordt afgemeten aan:

- het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden, waaronder het verminderen van de sociaal economische gezondheidsverschillen
- de toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting

De vorige Rijkspreventienota (Langer gezond leven, 2003) bevatte drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. Landelijk en lokaal zijn in de afgelopen jaren veel activiteiten ontplooid, maar er is nog veel winst te behalen. De preventienota 'Kiezen voor gezond leven' gaat daarom voort op de ingeslagen weg.

Het voorkomen en tegengaan van roken, van schadelijk alcoholgebruik en van overgewicht, (voeding en beweging) kan een grote bijdrage leveren aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. De jongste Rijkspreventienota benoemt naast deze drie leefstijlfactoren nog twee ziekten als speerpunt, namelijk diabetes en depressie.

4 Gezondheidsbeleid: kansen voor gezondheid

4.1 Lokaal gezondheidsbeleid

De gemeente kan met haar gezondheidsbeleid veel doen aan de randvoorwaarden voor een gezond leven voor de burgers.

Het doel van gezondheidsbeleid is het bevorderen en verbeteren van de volksgezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen groepen in de gemeente.

Een aantal afgeleide doelstellingen:

- verlenging van de gezonde levensverwachting;
- optimale kansen op gezondheid voor iedereen;
- verkleinen van gezondheidsverschillen;
- verhoging van de kwaliteit van leven;
- bijdrage aan de oplossing van maatschappelijke problemen;
- meer samenhang in het aanbod, afgestemd op de vraag.

Een onderliggende, basale doelstelling daarbij is de bestrijding van armoede. Zoals in hoofdstuk 5 blijkt, is dit een belangrijke oorzaak van gezondheidsverschillen.

De gemeente heeft een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de ontwikkeling en

uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. De GGD ondersteunt de gemeente bij die ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbeleid: van het leveren van (epidemiologische) gegevens, de ondersteuning bij het proces van beleidsvorming tot de beleidsuitvoering en de evaluatie.

4.2 Deelterreinen lokaal gezondheidsbeleid

Binnen het lokale gezondheidsbeleid zijn op basis van het model van Lalonde drie deelterreinen aan te geven: preventiebeleid, integraal gezondheidsbeleid en zorgbeleid. Deze deelterreinen vormen de basis van de lokale nota.

Preventiebeleid (Gezonde leefstijl)

Preventiebeleid is beleid gericht op het stimuleren van het gezond gedrag en het versterken van wat mensen nodig hebben om gezondheidsrisico's te vermijden of te beperken. Hierbij is vroegsignalering van risicofactoren en beginnende gezondheidsproblematiek van groot belang. De gemeente kiest voor de komende vier jaren haar belangrijkste gezondheidsthema's en op basis hiervan wordt het plan van aanpak uitgewerkt.

Integraal gezondheidsbeleid (Gezonde omgeving)

Bij Integraal gezondheidsbeleid ligt het accent op het in samenhang beïnvloeden van gezondheid of factoren hiervan. In de meest brede zin betekent dit dat de belangrijkste sectoren rondom het volksgezondheidsdomein samenwerken bij de aanpak van de gezondheid. Aan de hand van de gezondheidsthema's wordt gekeken wat dit betekent voor andere gemeentelijke beleidsterreinen zoals bijvoorbeeld jeugd, milieu, openbare orde, wonen en Wmo. Daarnaast is het van belang om activiteiten te benoemen die in samenhang met deze andere beleidsterreinen kunnen worden opgepakt. Een voorbeeld is de aanpak van het overgewichtprobleem. De gemeente kan er voor kiezen om dit gezondheidsprobleem bij het jeugdbeleid, het onderwijsbeleid en de ruimtelijke ordening te laten uitwerken en uitvoeren.

Een ander voorbeeld is de gezondheidseffectscreening: GES. De GES is een hulpmiddel om inzicht te krijgen in de mogelijke gezondheidseffecten van verschillende beleids- of projectplannen en signaleert waar knelpunten ontstaan en hoe je die zou kunnen oplossen. De GES kan bijvoorbeeld toegepast worden bij stedelijke vernieuwingsprojecten of bij nieuwe ontwikkelingen voor industrieterreinen. Zo kan in de planvorming rekening gehouden worden met de invloed van milieu op de gezondheid.

Zorgbeleid (Gezonde zorg)

Het zorgbeleid richt zich op het bevorderen en handhaven van voorzieningen en het bevorderen van zo goed mogelijk afstemmen van deze voorzieningen op de zorgvraag. Aandachtspunten binnen het zorgbeleid zijn de bereikbaarheid, toegankelijkheid en spreiding van de gezondheidsvoorzieningen binnen de gemeente. De gemeente heeft de taak lacunes in de lokale zorgsituatie te signaleren en te voorkomen door te streven naar voldoende capaciteit. Op het moment dat burgers buiten het reguliere zorgsysteem vallen, moet de gemeente zorgregelend kunnen optreden (vangnetfunctie). De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) en de mantelzorgondersteuning zijn aansprekende voorbeelden waarin de gemeente haar rol oppakt. Ze vallen beiden onder de Wmo.

Regionaal en lokaal deel: Gezondheid in Drenthe, in Borger-Odoorn en de speerpunten

De gezondheidssituatie van de inwoners van Drenthe is aan verschillende aspecten af te meten. Zo zijn er door de GGD gegevens verzameld over roken, alcoholgebruik, voedingsgewoonten, bewegen, overgewicht, psychische gezondheid, huiselijk geweld, eenzaamheid en depressie. De uitgebreide gegevens zijn terug te vinden in bijlage 4. De conclusies die op basis van deze gegevens te maken zijn, worden hieronder beschreven.

5. Conclusies over gezondheid in Drenthe

Sociaal economische status is sterk bepalend voor gezondheid

Bekend is dat mensen met een lage sociaal-economische status (SES) een slechtere gezondheid hebben dan mensen met een hoge status. Er bestaan in Nederland aanzienlijke verschillen in gezondheid naar SES. Lager opgeleiden mannen en vrouwen leven gemiddeld respectievelijk 4,9 jaar en 2,6 jaar korter dan hoog opgeleiden. Het gemiddelde verschil in het aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is zelfs 15 jaar. Risicogedrag komt relatief vaker voor bij groepen met een lage sociaal economische status en clusters van ongezonde leefgewoonten zijn ook vaker aanwezig bij deze groepen. Mensen met een lage sociaal economische status wonen gemiddeld gezien vaker in een 'goedkopere' kernen of buurten met een slechtere kwaliteit van woningen, minder gunstige omgevingskenmerken en gebrekkige voorzieningen. De slechtere kwaliteit van woningen en de lokale omgeving zelf kunnen ook een ongunstige invloed op de gezondheid hebben, bijvoorbeeld door slechte ventilatie, luchtverontreiniging en lawaai. Bovendien kunnen heersende sociale normen ten aanzien van gezond gedrag en maatschappelijk verkeer ongunstig uitpakken voor de gezondheid in de buurt. Gezondheidsachterstanden zijn kortom sterk verweven met achterstanden op tal van andere terreinen.

Jeugd op het VMBO

VMBO- leerlingen vallen in negatieve zin vaker op door hun gezondheidsgedrag: Er is een duidelijke relatie tussen het opleidingsniveau van jongeren en gezond gedrag. Uit onderzoek in Drenthe onder jeugd in klas 2 en 4 op het voorgezet onderwijs komt naar voren dat een hoger percentage jongeren op het VMBO dagelijks rookt en excessief alcohol gebruikt. Ook heeft een hoger percentage VMBO-ers last van overgewicht. Factoren als voeding en lichaamsbeweging, die daarop van invloed zijn, komen ook vaker in ongunstige zin bij deze groep naar voren. Zo is het percentage dat elke dag ontbijt, en dat voldoende groente en fruit eet bij de groep VMBO-ers significant lager dan bij leerlingen van HAVO en VWO. Jongeren met een lagere opleiding snacken meer, maar snoepen minder dan hoger opgeleide jongeren. Het percentage jongeren dat lid is van een sportvereniging is bij de groep met een VMBO-opleiding lager dan bij de groep die op de HAVO of het VWO zit.

Volwassenen met een lage SES

Het beeld dat hierboven voor jongeren geschetst wordt geldt in grote mate ook voor volwassenen. Op basis van het volwassenonderzoek dat in 2003 in Drenthe is gehouden, wordt een beeld gegeven van de leefgewoonten van personen van 20 – 65 jaar. Roken komt vaker voor bij personen met een lage SES; maar excessief alcoholgebruik komt echter in alle sociale lagen even veel voor. Het percentage personen met overgewicht is in de groep met een lage opleiding hoger. Deze zelfde groep ontbijt relatief minder vaak en eet minder vaak groente. Opvallend is dat het percentage respondenten dat niet voldoet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB) bij hogere opgeleiden hoger is dan bij lager opgeleiden.

Ouderen

Door de vergrijste bevolking in Drenthe is in de (nabije) toekomst een toename van het aantal chronische zieken te verwachten en daarmee ook een grotere vraag naar zorg. Daarnaast zal ook het meer voorkomen van eenzaamheid en depressie bij ouderen een groter zorgconsumptie tot gevolg hebben, met name bij ouderen met een lage sociaal economische status.

Overgewicht

In Drenthe is overgewicht bij de jeugd en bij volwassenen opmerkelijk hoger dan in de rest van Nederland. Overgewicht en obesitas komt in verhouding vaker voor bij groepen met een lage sociaal economische status.

Alcoholgebruik op steeds jongere leeftijd geen trend in Drenthe

In Drenthe is op basis van de tot nu toe uitgevoerde GGD onderzoeken geen trend waar te nemen dat jongeren op steeds jongere leeftijd alcohol gaan gebruiken.

Sociale relaties

De uitkomsten van alle onderzoeken geven aan dat mensen die in hun huiselijke situatie geweld of andere ingrijpende dingen meemaken, meer gezondheidsproblemen hebben en een groter beroep doen op de zorg. Voorkomen van gezinsgeweld en het goed begeleiden van gezinnen waarin dit gespeeld heeft, zal veel gezondheidswinst opleveren. De reeds ontwikkelde gezamenlijk aanpak in Drenthe zal geïntensiveerd moeten worden om die winst te – blijven – boeken.

6 Evaluatie n.a.v. de bestaande lokale nota “Gezond beleid”

Op basis van gesprekken met lokale sleutelfiguren uit de verschillende doelgroepen (o.m. leden van de seniorenraad en de Wmo raad), professionals en betrokken ambtenaren, is het volgende geconstateerd:

Algemeen:

- Er is sprake van meer samenwerking tussen de partners op het gebied van zorg, welzijn en wonen.
- De gemeente is gaandeweg een actievere rol in gaan nemen (meer regie);
- Veel onderwerpen die toen genoemd zijn, zijn nog steeds actueel: bv. bewegen door ouderen, bestrijden van overgewicht.
- Toen is al genoemd dat het lokale aanbod zoveel mogelijke gebaseerd moet zijn op de vraag. Dit is nog steeds van toepassing.
- In 2001 is benoemd, dat ook andere beleidsterreinen volksgezondheidsaspecten expliciet moeten benoemen en integreren in het beleid. Op het gebied van sport is dit zeker gebeurd: o.m. de breedtesportimpuls, BOS project, de ouderen fittest en het meer bewegen voor ouderen zijn allemaal sportactiviteiten die gericht zijn op een gezondere leefstijl.
- Het ging indertijd om de eerste nota volksgezondheid. Het was toen erg lastig om een monitor op te stellen op alle thema's. Dit zal worden meegenomen in de nieuwe nota. Er zijn wel GGD cijfers beschikbaar, zie hoofdstuk 7.
- In de eerste nota is de relatie met de eerste lijnszorg (huisartsen, GGZ etc.) nog niet zo nadrukkelijk aanwezig. Inmiddels is de eerste lijnszorg beter in beeld en nemen deze zorgaanbieders ook deel aan lokale netwerken (bijvoorbeeld van de OGGz) .

Specifiek:

- Het zorgloket is inmiddels gerealiseerd en groeit nu uit tot een Wmo loket. Ook het CIZ heeft zitting in het loket. Daarnaast maakt ook het steunpunt mantelzorg deel uit van het loket.
- Het gehandicaptenbeleid heeft vorm gekregen onder de Wvg en ontwikkelt zich nu verder onder de Wmo.
- Er is schoolmaatschappelijk werk gerealiseerd.
- Borger-Odoorn doet mee aan de landelijke campagne voor de bestrijding van huiselijk geweld.
- Het OGGz beleid heeft duidelijk vorm gekregen in een lokaal casusoverleg en een stuurgroep, op basis van een samenwerkingsconvenant. Het secretariaat daarvan ligt tevens bij de gemeente.
- De aansluiting op de jeugdzorg vanuit het lokaal jeugdbeleid heeft inmiddels een vorm gekregen in het Brug overleg. De onderlinge samenwerking is hierdoor absoluut verbeterd.
- Preventieve logopedie wordt in gemeentelijk beheer vorm gegeven.
- In het kader van preventief jeugdbeleid wordt er nu gewerkt aan een breed speelruimtebeleid, waarbij veel aandacht is voor het bewegen door kinderen.
- Het peuterspeelzaalwerk heeft een stimulans gekregen door de modernisering van een aantal accommodaties, waardoor de peuters in een gezonde en veilige omgeving kunnen spelen.
- Het schoolpreventieplan wordt succesvol uitgevoerd op een aantal scholen.
- Binnen de jeugdgezondheidszorg is gestart met vroegsignalering, waardoor problemen in gezinnen eerder in beeld komen.
- Voor ouderen wordt de jaarlijkse fittest gerealiseerd.
- Er is inmiddels een samenwerking opgestart vanuit de zorgsector t.b.v. de vroegtijdige signalering en aanpak van dementie.
- De eerste stappen zijn gezet om informatie en diensten m.b.t. wonen, welzijn en zorg dicht bij de mensen te brengen d.m.v. een steunsteek-achtige aanpak.
- De seniorenvoorlichters bereiken inmiddels een groot deel van de 75 plussers.
- Binnen het sociaal cultureel werk worden dagactiviteiten aangeboden voor ouderen, waardoor zij goed in beweging blijven en maatschappelijk actief.
- Er is steeds meer aandacht voor aangepast sporten voor mensen met een beperking.
- D.m.v. projecten als de Breedtesport impuls en het BOS project worden met name jeugdigen op buurtniveau gestimuleerd om meer te bewegen.
- Binnen de jeugdgezondheidszorg wordt steeds beter samengewerkt tussen de GGD en Icare, zodat er sprake is van een doorgaande zorgaanpak voor 0-18 jarigen (Icare 0-4 en GGD 4-18). In Borger-Odoorn is inmiddels een gezamenlijk aanbod gerealiseerd ter versterking van het aanbod voor kwetsbare gezinnen en kinderen met overgewicht.
- Om ouders nog beter voor te bereiden op hun opvoedingstaken, wordt sinds medio 2007 de geboortekoffer verstrekt bij iedere geboorte. Daarin staat veel informatie over de ontwikkeling van baby's van 0-3 maanden. Het consultatiebureau zorgt voor voortgang van de informatie.
- Vanuit de GGD is inmiddels een voor iedereen toegankelijke website opgestart met een Drentse sociale kaart op het gebied van zorg: www.hulpindrenthe.nl .

7 De huidige gezondheidssituatie in Borger-Odoorn

7.1 Algemeen

De laatste gezondheidsenquête dateert nog uit 2003. Voor ouderen is medio 2007 een onderzoek uitgevoerd. Deze gegevens zijn dus heel recent.

Bij sommige thema's is er sprake van behoorlijke verschillen met de provincie Drenthe. Het vereist echter nader onderzoek om de oorzaken daarvan te achterhalen.

De algemene cijfers

In vergelijking met de provincie Drenthe, zijn de volgende gegevens beschikbaar:

	Borger-Odoorn	Drenthe
Laatste 3 maanden contact gehad met de huisarts	56 %	54 %
overgewicht	Mannen 60 % Vrouwen 47 %	57 % 42 %
Psychische problematiek	26 %	28 %
Roken	Mannen 39 % Vrouwen 31 %	33 % 27 %
Excessief alcoholgebruik	Mannen 8 % Vrouwen -	11 % 2 %
Zorgen over opvoeding	48 %	41 %

De voorzieningen

Op het gebied van gezondheid (zorg en preventie) is het volgende aanbod aanwezig in onze gemeente (zie ook de gemeentegids):

- 1 Wmo loket (het voormalige zorgloket in het gemeentehuis)
 - mantelzorgondersteuning
 - samenwerkingsverband jeugdzorg (De Brug)
 - samenwerkingsverband OGGz (casusbesprekingen, stuurgroep)
 - 9 huisartsenpraktijken
 - 3 tandartspraktijken
 - 1 eerstelijns psychologenpraktijk (in Borger)
 - 3 fysiotherapeuten
 - 1 dagdeel verloskundigenhulp (in Borger)
- 4 consultatiebureaus (in de grote kernen)
- 8 maatschappelijk werkers (parttime)
 - 1 schoolmaatschappelijk werker (op meerdere scholen werkzaam)
 - 3 woon-zorgcentra (grote kernen)
 - 1 verpleeghuis (dependance van de Horst in Odoorn)
 - 7 ouderensteunpunten (zelfstandig wonen, maar zorg binnen handbereik)
 - Op alle scholen GGD zorg (Jeugdgezondheidszorg) en preventieve logopedie

Daarnaast zijn er nog diverse zorgboerderijen die zich op verschillende zorgdoelgroepen richten. Bovendien zijn ook veel zorgvrijwilligers actief voor diverse organisaties. Exacte aantallen zijn niet bekend.

Uiteraard zijn er ook bovenlokale organisaties actief in de gemeente, zoals VNN (Verslavingszorg Noord Nederland), MEE Drenthe, RIBW, GGZ, Bureau jeugdzorg, Jeugdzorg Drenthe en Icare.

7.2 Jeugd

Het laatste jeugdonderzoek heeft in 2004 plaats gevonden. Om een beeld te schetsen van de gezondheidssituatie van de jeugd, volgt hier een aantal gegevens:

	Borger-Odoorn	Drenthe
Afgelopen 4 weken 3 keer of meer gepest	13-14 jr. 6 % 15-16 jr. 1 %	5 % 3 %
Snoep kopen in kantine	13-14 jr. 45 % 15-16 jr. 44 %	53 % 47 %
Snoep kopen in winkel of snackbar bij school	13-14 jr. 16 % 15-16 jr. 32 %	34 % 50 %
Ervaart de gezondheid als matig of slecht	11-12 jr. 15 % 13-14 jr. 10% 15-16 jr. 20 %	15 % 15 % 20 %
Afgelopen 6 maanden contact gehad met huisarts	11-12 jr. 48 % 13-14 jr. 49 % 15-16 jr. 55 %	47 % 50 % 58 %
Overgewicht (incl. obesitas)	11-12 jr. 12 % 13-14 jr. 12 % 15-16 jr. 17 %	8 % 10 % 9 %
Ondergewicht	11-12 jr. 14 % 13-14 jr. 8 % 15-16 jr. 3 %	17 % 13 % 9 %
Geen brood mee naar school	13-14 jr. 4 % 15-16 jr. 16 %	10 % 16 %
3 dagen of meer fietsend / lopend naar school (in BO is de reistijd wel langer !)	11-12 jr. 86 % 13-14 jr. 89 % 15-16 jr. 70 %	91 % 92 % 83 %
Lid sportvereniging	11-12 jr. 87 % 13-14 jr. 73 % 15-16 jr. 53 %	82 % 72 % 65 %
Dagelijkse rokers	13-14 jr. 2 % 15-16 jr. 14 %	6 % 18 %
Wel eens alcohol gedronken	11-12 jr. 53 % 13-14 jr. 45 % 15-16 jr. 78 %	41 % 55% 84 %
6 keer of meer ooit hasj / wiet gebruikt	13-14 jr. 0-1 % 15-16 jr. 10 %	3 % 12 %
Ooit XTC gebruikt	13-14 jr. - 15-16 jr. 2 %	1 % 2 %
Ooit andere drugs gebruikt dan hasj / XTC	13-14 jr. - 15-16 jr. 3 %	1 % 3 %
Indicatie voor een psychosociaal probleem	13-14 jr. 18 % 15-16 jr. 35 %	27 % 35 %
Afgelopen jaar zelfmoordgedachten gehad	13-14 jr. 18 % 15-16 jr. 18 %	18 % 20 %
1 keer of meer geslachtsgemeenschap gehad	13-14 jr. 3 % 15-16 jr. 26 %	6 % 30 %

7.3 Ouderen

Medio 2007 zijn de 65+ ers bevroegd op onder meer gezondheidsaspecten. De eerste, ruwe cijfers² laten het volgende beeld zien:

	Drenthe	Borger-Odoorn
ervaren gezondheid		
- uitstekend/zeer goed	17%	16%
- goed	54%	51%
- matig/slecht	29%	32%
chronische aandoeningen		
1-3 chronische aandoeningen	57%	54%
meer dan 3 chronische aandoeningen	16%	20%
wordt bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden belemmerd door chronische aandoeningen		
licht belemmerd	48%	49%
sterk belemmerd	26%	31%
psychische gezondheid		
psychisch licht ongezond	11%	10%
psychisch matig ongezond	2%	4%
psychisch ernstig ongezond	2%	4%
heeft probleem dat hem/haar dag en nacht bezighoudt	20%	23%
risico op angst en depressiestoornissen		
matig risico	24%	23%
hoog risico	4%	6%
eenzaamheid		
matige eenzaamheid	34%	35%
sterke eenzaamheid	5%	5%
zeer sterke eenzaamheid	2%	2%
Is het afgelopen jaar wel eens gevallen		
ja	29%	27%
nee	71%	73%
heeft afgelopen najaar griep prik gehad	83%	83%
lichaamsgewicht		
ondergewicht	1%	1%
normaal gewicht	85%	84%
overgewicht (BMI > 30)	15%	15%

² Hierbij is nog geen onderscheid gemaakt tussen 65-75 jarigen en 75+. Bij een volgend onderzoek zullen we dit meenemen, indien dit leidt tot bruikbare gegevens.

afgelopen 2 maanden contact gehad met huisarts	59%	58%
ja	41%	42%
nee		
gebruikt slaap of kalmeringsmiddelen	17%	15%
is afgelopen jaar mishandeld		
geen ouderenmishandeling	94%	94%
wel ouderenmishandeling	6%	6%
hoe vaak doet u aan sport/lichaamsbeweging		
1 uur of minder per week	27%	27%
2-4 uur per week	35%	44%
5-10 uur per week	28%	23%
> 10 uur per week	10%	7%
afgelopen jaar mantelzorg ontvangen		
ja	15%	20%
nee	85%	80%
afgelopen jaar mantelzorg gegeven		
ja	16%	16%
nee	84%	84%

8 De speerpunten in gemeente Borger-Odoorn

Gezondheid is een groot goed. En er zijn veel bedreigingen in onze moderne samenleving: milieuvervuiling en een ongezonde leefstijl nemen een groot deel van deze bedreigingen voor hun rekening. Als gemeente kunnen we niet alle problemen oplossen of voorkomen, zeker niet als het om genetisch bepaalde gezondheidsproblemen gaat. Maar vanuit de gedachte dat omgeving en leefstijl wel te beïnvloeden zijn, zal de gemeente alles in het werk stellen om op die terreinen een samenhangende aanpak (verder) te ontwikkelen, samen met betrokken partners. Marktwerking in de zorg, financiële (on)mogelijkheden, privacywetgeving en het gebrek aan capaciteit zullen ongetwijfeld belemmeringen vormen. We zullen er echter alles aan doen om desondanks bovenstaande cijfers in gunstige zin te beïnvloeden: in de beperking toont zich tenslotte de meester.

8.1 Preventiebeleid

Preventiebeleid is gericht op het stimuleren van gezond gedrag en het versterken van wat mensen nodig hebben om gezondheidsrisico's te vermijden of te beperken. Dit kan op het terrein van de fysieke omgeving, de sociale omgeving of de leefstijl. Daarnaast draagt ook een goede infrastructuur van gezondheidsvoorzieningen in belangrijke mate bij aan het optimaal houden van de gezondheid. Bij dit laatste heeft de gemeente slechts beperkte mogelijkheden tot beïnvloeding, omdat de zorgmarkt ook haar eigen dynamiek heeft. Hierbij gaat het dan vooral om het goed faciliteren van partijen.

Op basis van het bovenstaande en de gesprekken die met doelgroepen en professionals op het terrein van (volks)gezondheid zijn gevoerd, is een aantal speerpunten te benoemen:

- Aandacht voor kwetsbare groepen (lage sociaal economische status, armoede, gezinnen met meervoudige problematiek, gezinnen met jonge mantelzorgers, geïsoleerd levende mensen). Daarbij is goede signalering (bijvoorbeeld door mensen in de directe omgeving) en een actieve, outreachende³ benadering van belang.
- Vroegsignalering m.b.t. gezondheidsbedreigingen.
- Dorpsgerichte / buurtgerichte aanpak (d.w.z.: dicht bij waar mensen wonen).
- Goede, begrijpelijke informatie laagdrempelig aanbieden.
- Actief inzetten op het voorkomen en bestrijden van overgewicht, diabetes, overmatig alcoholgebruik, roken en het ontstaan van depressies (eveneens speerpunten uit het landelijke actieprogramma). Het zwaartepunt ligt daarbij bij overgewicht en diabetes, omdat deze problematiek meer dan gemiddeld voorkomt. Dit heeft ook weer een relatie met kwetsbare groepen.

In het activiteitenoverzicht worden de activiteiten in het kader van preventiebeleid aangeduid met de afkorting Pb.

8.2 Integraal gezondheidsbeleid

Een aantal beleidsterreinen / sectoren spelen in meer of mindere mate een belangrijke rol in het voorkomen en bestrijden van een ongezonde leefstijl:

- Sport: goed tegen overgewicht, bestrijden van depressies.
- Wonen: toegankelijke en levensloopbestendige woningen.
- Ruimtelijke ordening: voldoende ruimte, groenvoorzieningen, bewegingsmogelijkheden, toegankelijke openbare ruimten, voorkomen van achterstandsbuurten door (o.a.) divers te bouwen .
- Welzijn: diverse activiteiten voor m.n. kwetsbare groepen, waardoor ze meer bewegen, zich prettiger voelen, betrokken zijn.

³ D.w.z.: hulp- en dienstverleners gaan naar mensen toe, zoeken ze actief op.

- Onderwijs: een goede plek voor het preventief begeleiden van jeugdigen (bijv. het programma Gezonde school en genotmiddelen).
- Veiligheid: een veilige leefomgeving bevordert het deelnemen aan de samenleving, waardoor mensen meer bewegen, sociale contacten hebben.
- Sociale zaken: armoede is een slechte basis voor een gezonde leefstijl.
- Jeugdbeleid en ouderenbeleid zijn o.m. gericht op specifieke, kwetsbare doelgroepen. Bemoeizorg speelt daarbij een belangrijke rol: het vormt een onmisbaar middel om zorg en hulp bij mensen te brengen die zich niet bewust zijn van hun eigen problematiek.

Het is een opdracht voor de komende jaren om de belangrijke gezondheidsthema's vanuit deze terreinen integraal vorm te geven. Daarnaast moeten de betreffende beleidsterreinen in hun beleidsvoornemens in ieder geval actief rekening houden met gezondheidsaspecten. De Gezondheidseffect Screening, GES (zie 4.2) kan daar een bijdrage aan leveren. In het activiteitenoverzicht worden de activiteiten in het kader van integraal gezondheidsbeleid aangeduid met de afkorting Ig.

8.2 Zorgbeleid

Hierbij gaat het met name om het bevorderen en handhaven van voorzieningen en het afstemmen op de vraag. Een aantal aandachtspunten is hierbij van belang:

- Een goede overleg- en informatiestructuur met de 1^e lijnsvoorzieningen (goede communicatie en afstemming tussen de partners).
- Goede toeleiding naar de 2^e lijns zorg.
- Voldoende capaciteit.
- Bereikbaarheid, spreiding en toegankelijkheid van voorzieningen.
- Inclusief beleid: zoveel mogelijk mensen moeten, ondanks beperkingen, gebruik kunnen maken van het aanbod.
- Monitoren en lacunes opsporen.
- Een goede regierol van de gemeente.
- Ondersteunen van zorgvrijwilligers en mantelzorgers.

In het activiteitenoverzicht worden de activiteiten in het kader van zorgbeleid aangeduid met de afkorting Zb.

Activiteiten in 2008 en op de middellange termijn: Wat gaan we doen in Borger-Odoorn

9 Aanpak

Om het gezondheidsbeleid handen en voeten te geven, is het van belang om samen te werken met betrokkenen, lokaal actieve partners op het terrein van gezondheid. Ook vertegenwoordigers van diverse doelgroepen kunnen waardevolle partners zijn: zij zijn vaak ervaringsdeskundig en kunnen creatief meedenken in het oplossen van problemen bij de aanpak. Omdat de gemeente het gehele terrein kan overzien van waar mensen in het dagelijks leven mee te maken krijgen, is een gepaste regierol van de gemeente onontbeerlijk. Bovendien heeft de gemeente een aantal wettelijke taken uit te voeren. Dit zijn de reguliere taken i.h.k.v. de jeugdgezondheidszorg (o.m. consultatiebureaus, GGD zorg op scholen, rijksvaccinatieprogramma) en de algemene volksgezondheid (o.m. preventief onderzoek borstkanker, gezondheidsonderzoeken). De GGD is hiervoor grotendeels de wettelijke uitvoerder.

In het overzicht van 2008 staat een aantal concrete activiteiten (op basis van de thema's uit hoofdstuk 8), die in de loop van 2008 verder uitgewerkt zullen worden met een werkplan. Hierbij zullen per activiteit ook de uitvoerende partners benoemd worden (professionele organisaties, belangengroepen / doelgroepen). En uiteraard zal de gekozen methodiek kort worden beschreven (waarvan de effectiviteit zoveel mogelijk is aangetoond). Kwetsbare jeugd en ouderen vormen daarin de belangrijkste doelgroepen. Armoede wordt gezien als een belangrijke bron voor een ongezonde leefstijl en verhoogt in die zin de kwetsbaarheid van mensen. Hier zal integraal en actief beleid op moeten worden gevoerd vanuit o.m. de Wmo en Sociale Zaken.

Uiteindelijk moeten we met elkaar de doelstelling "een gezond leven voor alle inwoners van Borger-Odoorn" vorm zien te geven, voor nu en in de toekomst. Ook morgen gezond weer op!

9.1 Integraal en interactief

Zowel binnen de gemeentelijke organisatie als bij de betrokkenen in de dagelijkse gezondheidspraktijk, moet samenwerking het uitgangspunt zijn. Soms kan dit projectmatig om een specifiek probleem aan te pakken. Maar om tot een goede, werkbare en duurzame samenwerking te komen, zal een procesbenadering van belang zijn. Het is vooraf immers niet duidelijk te benoemen, hoe die samenwerking eruit zal moeten zien.

Er zijn al wel een aantal belangrijke randvoorwaarden te formuleren:

- Diplomatieke regie vanuit de gemeente, met een duidelijk ambtelijk en bestuurlijk aanspreekpunt;
- Betrekken van professionele partners en doelgroepen bij het concreet invullen van de activiteiten;
- Goede, consequente communicatie ;
- Adequate informatie uitwisseling, niet gefrustreerd door wetgeving (d.m.v. onder meer convenanten, beschermd maar breed toegankelijke elektronische dossiers zoals bijv. het Elektronisch Kind Dossier);
- Creatieve, integrale inzet van mensen en middelen.
- Rekening houden met landelijke ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld het op handen zijnde EKD, de CJG's en veranderende wetgeving (een opvolger van de WCPV ligt in het verschiet)

9.2 Monitoring

Voor de uitvoering van de activiteiten moeten - zoveel mogelijk - indicatoren benoemd worden. Per activiteit een 0-meting (hoe is het nu), een doel (waar willen we heen) en een stappenplan vaststellen, bevordert de evaluatiemogelijkheden tijdens de uitvoering en bij het eindresultaat. Bij de verdere uitwerking van de activiteiten zal dat als een vast onderdeel moeten worden opgenomen. Soms is het niet mogelijk om goede indicatoren te benoemen. Dan kan het handig zijn om een kwalitatieve momentopname te maken door middel van interviews met betrokkenen (cliënttevredenheidsonderzoeken). Ook bestaande gegevens moeten zeker benut worden: o.m. gegevens van de GGD, de jeugdgezondheidszorg en wat bekend is bij de 1e lijnspartners kunnen een waardevolle bijdrage leveren aan het bepalen van de te volgen koers. Landelijk zijn er instrumenten ontwikkeld om de effecten van beleid te volgen, zie bijvoorbeeld www.monitorgezondheid.nl. De gemeenteraad zal jaarlijks (mei / juni, tegelijk met de jaarlijkse horizontale verantwoording i.h.k.v. de Wmo⁴) worden geïnformeerd over de vorderingen. De enquêtes van de GGD (onder meer t.a.v. jeugd en ouderen) zijn niet jaarlijks beschikbaar, maar worden doorgaans om de 4 jaar uitgevoerd. Deze gegevens zullen dan worden meegenomen in de eerstvolgende jaarrapportage. Deze jaarrapportages zullen breed verspreid worden; zeker ter informatie voor doelgroepen, zorgaanbieders en hulpverleners.

9.3 Concrete activiteiten in 2008

Nieuwe activiteiten, naast de bestaande reguliere taken (per activiteit wordt in de loop van 2008 een plan van aanpak opgesteld m.b.t. werkwijze, partners, budgetten etc.):

Activiteit	Doelstelling	Doelgroep	Gewenst resultaat	Samenhang met andere beleidsvelden
Faciliteren van de 1 ^e lijn (waar mogelijk) met oog voor spreiding Zb	Voldoende aanbod en stimuleren van samenwerking	1 ^e lijns zorgverleners	Geen witte vlekken in het (integrale) aanbod	Ruimtelijke ordening, jeugdbeleid, welzijn
Verkennen en opstarten EKD (Elektronisch Kind Dossier) Zb	Efficiëntere, meer integrale zorg en hulpverlening voor jeugd	jeugd	Een efficiënt registratiesysteem	Jeugdbeleid
Onderzoek naar integrale aanpak van overgewicht en diabetes; mogelijk start pilot integrale aanpak Pb, Zb en Ib	Terugdringen overgewicht, m.n. bij kinderen	Inwoners met overgewicht en risicogroepen diabetes	Beduidend minder mensen met overgewicht en diabetes (met daarbij specifieke aandacht voor jeugd en ouderen)	Sport, welzijn, jeugdbeleid, onderwijs, ouderenbeleid
Monitoring van beleid Zb	Goed inzicht in de vraag, het aanbod en de vorderingen	Beleidsmakers, bestuurders bij gemeente en partners	Een overzichtelijk beeld van de lokale gezondheidssituatie	Alle (zie 8.2)

⁴ Zie 4 jarig beleidsplan Wmo: gemeenten zijn wettelijk verplicht om jaarlijks voor 1 juli aan de bevolking te rapporteren over de vorderingen van de Wmo-activiteiten.

Onderzoek naar mogelijkheden voor betere vroeg-signalering en eerste hulp (o.m. t.b.v. mantelzorgers, dementiepatiënten, eenzaamheid) Pb	Vroegtijdig problemen in beeld krijgen	Alle (potentiële) zorgvragers	Snellere en adequatere hulp voor de doelgroepen	Ouderenbeleid, jeugdbeleid, welzijn
Onderzoek naar de mogelijkheden van domotica Pb en Zb	m.b.v. slimme hulpmiddelen (chronisch) zieken steunen	Ouderen, mensen met een beperking	Mensen kunnen langer thuiswonen	Wmo, ouderenbeleid

Volksgezondheidsthema's uit de Wmo beleidsnota:

Activiteit	Doelstelling	Doelgroep	Gewenst resultaat	Samenhang met andere beleidsvelden
Vroegsignalering	Vroegtijdig opsporen van kinderen in meervoudige probleem-situaties	m.n. kinderen van 0-4 jaar	Kinderen worden gesignaleerd en ontvangen extra hulp en zorg	Jeugdbeleid, veiligheid
Informatie en diensten op locatie	Mensen informatie en diensten bieden dicht bij hun leefomgeving	Inwoners met (latente) zorg- en welzijns-vragen	Mensen zijn beter geïnformeerd en maatsch. actiever	Welzijn, wonen, Wmo loket, sociale zaken, ouderenbeleid
Ontwikkelen sociale kaart Drenthe	Inzicht in aanbod	Inwoners + 1 ^e lijns-hulpverleners	Goed informatie beschikbaar	Wmo loket, jeugdbeleid, ouderenbeleid
Informatie en communicatie-structuur opzetten met o.m. de 1 ^e lijnszorg	Adequate afstemming van de zorg en goede doorverwijzing	Partners in met name de 1 ^e lijnszorg	Door betere afstemming en doorverwijzing worden cliënten beter en sneller geholpen	Wmo loket Jeugdbeleid Ouderenbeleid Communicatie
Uitvoering Kindspoor i.h.k.v. huiselijk geweld	Kinderen die getuige waren van huiselijk geweld begeleiden	Kinderen, betrokken bij huiselijk geweld	Vermindering, preventie van problematiek	Jeugdbeleid, veiligheid
Ondersteuning mantelzorgers en zorgvrijwilligers	lastenverlichting	Mantelzorgers zorgvrijwilligers	Doelgroepen ervaren lastenverlichting	Wmo loket, sociale zaken, welzijn
Eerste oriëntatie op Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)	De Brug gaat over in CJG's	Jeugdigen en hun ouders	Efficiënte ketensamenwerking jeugdzorg	Jeugdbeleid, welzijn
Versterken van het contactpunt Mantelzorg	Mensen in staat stellen zichzelf te herkennen als mantelzorger	Niet bewuste mantelzorgers en hun omgeving	Toename bewuste mantelzorgers	Welzijn, Wmo loket

Inventarisatie van jonge mantelzorgers en hun behoeften	Duidelijk beeld van jonge mantelzorgers	Jonge mantelzorgers	Mogelijkheid om beleid aan te passen	Welzijn, jeugdbeleid
Onderzoek naar mogelijkheden voor respijtzorg	Beeld krijgen van de mogelijkheden en het huidige aanbod	Overbelaste mantelzorgers	Inventarisatie t.b.v. passend beleid	Welzijn, ouderenbeleid, jeugdbeleid
Onderzoek naar de mogelijkheden om mantelzorg consulente dichterbij de 1 ^e lijnsvoorzieningen te brengen	Goed beeld van de mogelijkheden tot aansluiting 1 ^e lijn	(latente) mantelzorgers	Inventarisatie t.b.v. passend beleid	Wmo loket, ouderenbeleid
Werkplan OGGz samenwerking	Verbeteren van de integrale samenwerking	Uitvoerende partners OGGz	Goed werkplan t.b.v. betere samenwerking	Jeugdbeleid, ouderenbeleid, veiligheid, wonen, sociale zaken
Nader onderzoek naar (crisis) opvangmogelijkheden i.h.k.v. maatschappelijke opvang	Beter beeld van aard en omvang doelgroepen en effectieve ondersteuningsmogelijkheden	Mensen in de maatschappelijke opvang	Adequate opvang in regionaal en provinciaal verband	Welzijn, jeugdbeleid, ouderenbeleid, wonen, veiligheid
Onderzoek overmatig alcoholgebruik bij jongeren in keten	Inzicht in mogelijkheden om overmatig alcoholgebruik terug te dringen	12+ jeugd	Aanpak voor alcoholmatiging bij de doelgroep	Jeugdbeleid, veiligheid

9.4 Activiteiten 2009-2012

Thema / Activiteit	Doelstelling
Uitbreiding en verdere ontwikkeling van informatie en diensten op locatie (Wmo)	Een breder en beter netwerk om informatie en diensten dichterbij de mensen te brengen
Realisatie en verdere beleidsontwikkeling t.a.v. de CJG's	Een passende, integrale aanpak waarbij jeugdigen en hun opvoeders optimaal ondersteund worden (met aandacht voor bekendheid en toegankelijkheid)
ontwikkelen van een lokale informatiegids t.b.v. mantelzorgers	Informeren van mantelzorgers over mogelijke steun en hulp
Verdere ontwikkeling en uitvoering van respijtzorg voor mantelzorgers	Adequate, tijdelijke opvang bieden aan thuiswonende cliënten ter ontlasting van hun mantelzorgers
Verdere ontwikkeling en optimalisering van het OGGz beleid en het beleid voor maatschappelijke opvang	Adequate hulp (incl. bemoeizorg) voor cliënten; terugdringing overlast
Definitieve implementatie EKD en verwijsindex	Efficiëntere, meer integrale hulpverlening en zorg voor jeugd
Integrale aanpak overgewicht / diabetes	Terugdringen overgewicht en preventie diabetes, m.n. bij kinderen
Verder versterking samenwerking 1 ^e lijn / 2 ^e lijn	Integraal zorgaanbod
Verder ontwikkelen aanpak overmatig alcoholgebruik / roken bij jeugdigen en volwassenen	Minder alcoholgebruik en minder rokers
Onderzoek naar de mogelijkheden om depressie te bestrijden	Minder beleving van depressies bij betrokkenen

10 Begroting

	2008	2009 (inschatting)
JGZ	€ 475.000	€ 475.000
Preventief jeugdbeleid	€ 12.700	€ 12.700
EKD	€ 7.500	€ 15.000
GGD	€ 362.783	€ 380.000
Bijdrage sociale kaart	€ 25.000 (schatting)	€ 12.000
Mantelzorgondersteuning	€ 12.515 + € 45.000	€ 60.000
GGZ	€ 13.990	€ 14.200
Communicatie / informatie	€ 5.000 (schatting)	€ 5.000

Toelichting:

Bij de eerste 3 gaat het om rijksbijdragen. De GGD valt onder een gemeenschappelijke regeling en kent al jaren een gemeentelijk budget. Voor de sociale kaart wordt extra geld gereserveerd op de gemeentelijke begroting. Mantelzorgondersteuning en GGZ activiteiten (m.n. voorlichting) worden bekostigd uit het Wmo budget. Voor communicatie en informatie zal een extra bedrag moeten worden gereserveerd in de voorjaarsnota.

Bijlagen

Bijlage 1

Samenvatting nota Gezond beleid, 2001

Volksgezondheidsbeleid is gericht op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorgvoorzieningen en op het voorkomen van problemen door preventie.

- Drie invalshoeken:
 - zorgbeleid: bevorderen en handhaven van een kwalitatief goed voorzieningenniveau, afgestemd op de vraag;
 - preventiebeleid: voorkomen van ziekten, bevorderen van gezond leven;
 - integraal beleid: gericht op actieve inbreng van gezondheidsaspecten in andere beleidsgebieden.
- Wettelijke grondslag:
 - Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV): zorg voor collectieve preventie en afstemming op de curatieve zorg, jeugdgezondheidszorg voor 0-18 jaar en instandhouding van een GGD voor de uitvoering;
 - Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg): zorg voor individuele voorzieningen voor mensen met een beperking om deelname aan het maatschappelijke verkeer mogelijk te maken;
 - Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ): zorg voor een onafhankelijke indicatiebeoordeling d.m.v. een RIO (Regionaal Indicatie Orgaan). Inmiddels is dat het CIZ (Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg) geworden;
 - Infectieziektewet: verplichte melding en mogelijkheid tot dwangbehandeling;
 - Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen (GHOR): regelt de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van gemeenten bij rampen.;
 - Wet op het Ambulancevervoer: verplicht gemeenten om samen te werken in centrale posten ambulancevervoer;
 - Wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen: geeft de burgemeester de bevoegdheid om mensen te laten opnemen indien ze een acuut gevaar voor zichzelf en hun omgeving vormen.
- Uitgangspunten van beleid:
 - Sturen op het voorkomen van problemen;
 - Primaat bij de burger (vraaggestuurd);
 - Rol van de gemeente is voorwaardenscheppend;
 - Goede bereikbaarheid van voorzieningen;
 - Eenduidigheid (geen 'van het kastje naar de muur');
 - Gericht op het zo lang en volwaardig mogelijk zelfstandig functioneren van mensen;
 - Preventie gaat voor curatief handelen;
 - Gezondheidsaspecten worden ook meegenomen in andere beleidsgebieden (bv. volkshuisvesting, onderwijs en welzijn);
 - Efficiënte en betaalbare voorzieningen.
- **Activiteiten:**
 - **Zorg**
 - Signalerende en voorwaardenscheppende rol m.b.t. het zorgaanbod;
 - Indicatiestelling;
 - Het zorgloket (één loket voor alle zorgvragen);
 - Maaltijdvoorziening;

- Gehandicaptenbeleid (vastgelegd in de Verordening Voorzieningen Gehandicapten gemeente Borger-Odoorn);
- Algemeen maatschappelijk werk (uitgevoerd door de SWBO, met als norm 1 maatschappelijk werker per 6000 inwoners);
- Jeugdhulpverlening (coördinatie van de toegang);

Preventie

- Preventieve logopedie (op het basisonderwijs);
- Jeugdbeleid (vooral ontwikkelingsgericht, maar ook probleemgericht en risicogericht)
- Peuterspeelzaalwerk
- Ouderenbeleid (gericht op het langer en zelfstandig deelnemen aan de samenleving);
- Sociaal cultureel werk (gericht op het versterken van de sociale structuur);
- Preventief gehandicaptenbeleid (stimuleren van het aangepast sporten);
- Breedtesport (gericht op gezonde leefstijl en plezierige vrije tijdsbesteding);
- Diverse activiteiten van de GGD.

Integraal beleid

Volksgezondheidsaspecten moeten worden meegenomen bij beleidsontwikkeling op andere gebieden.

- Gezondheidsgegevens worden verzameld door de GGD d.m.v. een 4-jaarlijkse cyclus van onderzoeken. Het gaat hierbij om een gezondheidsenquête, een jeugdonderzoek, een ouderenonderzoek en de ziekte- en sterftcijfers. Na 4 jaar ontstaat zo een gezondheidsprofiel van de lokale bevolking. Uit de cijfers blijkt dat de bevolking vergrijst en dat de rol van sociaal economische gezondheidsverschillen groot is.
- Visie: burgers moeten een gezond leven kunnen leiden en in een gezonde fysieke en sociale omgeving kunnen wonen, werken, leren en recreëren. Beïnvloedbare factoren hierbij zijn: de fysieke en sociale omgeving, de aanwezigheid van zorgvoorzieningen en de leefstijl van mensen.
- Doel: een bijdrage leveren aan de gezondheid van de inwoners door bovengenoemde factoren positief te beïnvloeden. Borger-Odoorn moet een leefbare, veilige en gezonde woonplaats zijn voor haar inwoners.
- Beleidsvoornemens: vooral aandacht voor spreiding van voorzieningen, beschikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen en de kwaliteit van voorzieningen. Concrete activiteiten: dagcentrum voor ouderen in Valthermond, ouderenzorg 2^e Exloërmond, de toegang tot bureau jeugdzorg, het maatjesproject, fusie tot één GGD Drenthe, opschaling Rio's, het zorgloket, diverse preventieprojecten voor de jeugd (o.m. schoolmaatschappelijk werk en buurtnetwerken), Welzijn ouderen, logopedie en maatschappelijk werk. Integraal beleid is nog in ontwikkeling.

Bijlage 2

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
--

Collectieve preventie

De gemeenteraad heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vragen gemeenten advies aan de GGD. Daarnaast draagt de gemeenteraad zorg voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg. De taken van de gemeente op dit terrein zijn in ieder geval:

- Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;
- Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve zorg;
- Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- Gezondheidsbevordering;
- Bevolkingsonderzoeken;
- Bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- Bevorderen van technische hygiënezorg.

Infectieziektebestrijding

Verder draagt de gemeenteraad in het kader van de WCPV zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding. De taken van de gemeenteraad op dit terrein zijn:

- Algemene infectieziektebestrijding;
- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids;
- Tuberculosebestrijding;
- Bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten;
- Beantwoorden van vragen uit de bevolking;
- Geven van voorlichting en begeleiding.

Jeugdgezondheidszorg

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

- Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- Ramen van de behoefte aan zorg;
- Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma.
- Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen;
- Maatwerk jeugdgezondheidszorg (zoals opvoedingsondersteuning en logopedie).

Bijlage 3

Wetgeving die raakt aan de WCPV - taken

Wetten

Naast de WCPV vormen een aantal andere wetten de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid van burgers: de Grondwet en de Gemeentewet. Daarnaast zijn er vele wetten en besluiten die verbinding hebben met de collectieve preventietaak van gemeenten. Hieronder is een kort overzicht.

Medische milieukunde

Besluit Luchtkwaliteit

Wettelijke normen voor luchtkwaliteit in Nederland, regels voor het vaststellen van en rapporteren over de luchtkwaliteit en het maken van actieplannen indien normen worden overschreden;

Infectieziekten

Infectieziektewet

Er is een verplichting tot melding aan de GGD van een aantal in wet genoemde infectieziekten. De wet geeft de burgemeester de bevoegdheid tot vrijheidsbepalende maatregelen gericht op individu. Ook is vastgelegd hoe de registratie moet plaatsvinden en welke adviestaken de GGD-directeur heeft.

Quarantainewet

Wettelijke bevoegdheden en voorschriften in geval van besmettelijke ziekten bij immigranten.

Destructiewet

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

Waterleidingswet

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aan preventie van infectieziekten.

Wet op de geneesmiddelenvoorziening

Voor infectieziektebestrijding is het Besluit immunologische farmaceutische producten van belang; aan een aantal instellingen kunnen in het kader van de infectieziektebestrijding direct vaccins en dergelijke geleverd worden; er zijn regels voor bewaring, administratie en toezicht door apothekers.

Jeugdgezondheidszorg

Ziekenfondswet

Een aantal gemeenten heeft te maken met het logopedistenbesluit dat op deze wet berust.

Wet op het primair onderwijs en Wet op het voortgezet onderwijs

Onder andere regels voor onderwijshuisvesting en lokaal onderwijsachterstandsbeleid.

Leerplichtwet en de RMC-wet

Gemeenten houden toezicht op nakoming van de leerplicht. In aanvulling op de Leerplichtwet geldt de RMC-wet (regionale meld- en coördinatiefunctie): het in regionaal verband aanpakken van de problematiek van het voortijdig schoolverlaten van niet-meer plichtige deelnemers tot 23 jaar.

Wetgeving buitengewoon onderwijs

Verplichte GGD-advisering over toelating van kinderen tot het buitengewoon onderwijs.

Overige

Wet geneeskundige hulpverlening bij Ongevallen en Rampen; Rampenwet; Wet op de lijkbezorging; Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; Algemene Bijstandswet
Wet ambulancevervoer; Wet tarieven gezondheidszorg; Besluit Indicatiebeoordeling verpleging en verzorging; Kwaliteitswet zorginstellingen; Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg; Wet bescherming persoonsgegevens; Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst; Wet bevolkingsonderzoek; Wet medisch Wetenschappelijk onderzoek bij mensen; Wet klachtenrecht cliënten zorgsector; Koppelingswet

Bijlage 4

Gezondheid in Drenthe

Om langer gezond te kunnen blijven is het belangrijk om inzicht te hebben in de factoren die onze gezondheid beïnvloeden. Enerzijds zijn dat factoren die bevorderend werken, zoals voldoende lichaamsbeweging, anderzijds zijn dat factoren die schade kunnen veroorzaken zoals roken en overmatig alcohol gebruik. Daarnaast spelen ook andere factoren zoals omgevingsfactoren of de erfelijke aanleg een rol bij onze gezondheid. Omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld speelvoorzieningen voor kinderen in het dorp of de wijk, de aanwezigheid van een dagvoorziening voor ouderen, het opgroeien in een stabiele gezinssituatie enz.

Op basis van de epidemiologische onderzoeken die de GGD in opdracht van de Drentse gemeenten uitvoert en de vierjaarlijkse VTV (Volksgezondheid Toekomst Verkenning) die de rijksoverheid laat uitvoeren is een lijst van factoren samengesteld die in een belangrijke mate de gezondheid van de bevolking beïnvloeden. Deze factoren zijn: roken, voeding, bewegen, overgewicht, diabetes, alcohol, sociale kwetsbaarheid, traumatische gebeurtenissen en depressie. In de volgende paragraaf zijn deze factoren uitgewerkt voor de Drentse situatie. Aandacht voor deze factoren in het lokale gezondheidsbeleid is evident, temeer omdat het beïnvloeden van deze zaken en daarmee het bevorderen van de gezondheid heel goed mogelijk is op lokaal niveau.

Naast het verkrijgen van inzicht in deze factoren is het ook van belang om een beeld te hebben van de groepen die het meest aan deze risicofactoren zijn blootgesteld. Dit zijn de kwetsbare burgers: ze lopen meer risico en worden juist minder goed bereikt met de reguliere middelen. Voor gezondheid gaat het vooral om de verschillen in de sociaal economische status (SES) van mensen. De sociaal economische status van een persoon kan aan de hand van opleiding, beroep of inkomen worden gedefinieerd. Hoewel dit onderwerp in Nederland en ook in Drenthe al langere tijd aandacht krijgt, zijn er nog geen tekenen dat de gezondheidsverschillen tussen groepen met een lage sociaal economische status en die met een hoge status kleiner worden. Daarnaast is bekend dat bij bevolkingsgroepen met een lage SES een clustering van ongezonde leefstijlfactoren voorkomt.

De gezondheidssituatie in Drenthe

Drenthe hoort bij de regio's met een relatief goede gezondheid. Dit blijkt uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 (VTV). In het onderstaande figuur uit de VTV wordt een beeld geschetst van de gezondheid per GGD regio.



Bevolking in Drenthe

Drenthe heeft een vergrijsde bevolking. In Drenthe is het percentage 65+-ers ten opzichte van de totale Nederlandse bevolking bij mannen 14% en bij vrouwen 18%. Voor beide groepen is dit 2% hoger dan Nederland totaal. Dit zorgt ervoor dat Drenthe in de toekomst geconfronteerd zal worden met meer chronisch zieken en een grotere vraag naar zorg. Met betrekking tot de sociaal economische status is er in Drenthe een geografische verschil te zien: In Noord Drenthe is het percentage laag opgeleiden het laagst en in Zuidoost Drenthe het hoogst. Zuidwest Drenthe zit daar tussen in. Deze verschillen zijn niet alleen op provinciaal niveau zichtbaar; ook binnen gemeenten bestaan sociaal economische gezondheidsverschillen tussen dorpen en wijken.

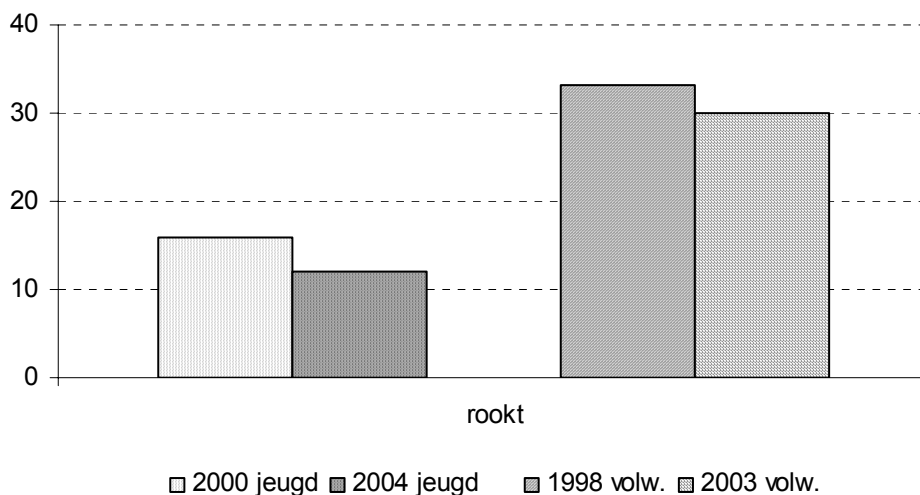
De belangrijkste doodsoorzaken in Drenthe zijn, net als in Nederland, hart- en vaatziekten en kanker.

Roken

Als niemand in Nederland zou roken dan zouden we gemiddeld vier jaar ouder worden. Roken is de belangrijkste oorzaak van de ziektelast in Nederland; het draagt voor 13% bij aan de totale ziektelast. Het verhoogt het risico op longkanker en andere vormen van kanker, COPD en coronaire hartziekten. Ook wordt zwangere vrouwen afgeraden te roken, omdat er aanwijzingen zijn dat dit invloed heeft op het ongebooren, dan wel pasgeboren kind.

Uitkomsten voor Drenthe

De onderstaande figuur laat zien dat het percentage jeugdigen dat wel eens gerookt heeft licht is afgenomen. Ook het percentage volwassenen dat rookt is gedaald; dat is overeenkomstig de landelijke trend. In beide leeftijdsgroepen wordt het meest gerookt door mensen met een lage sociaal economische status en jongeren op het VMBO.

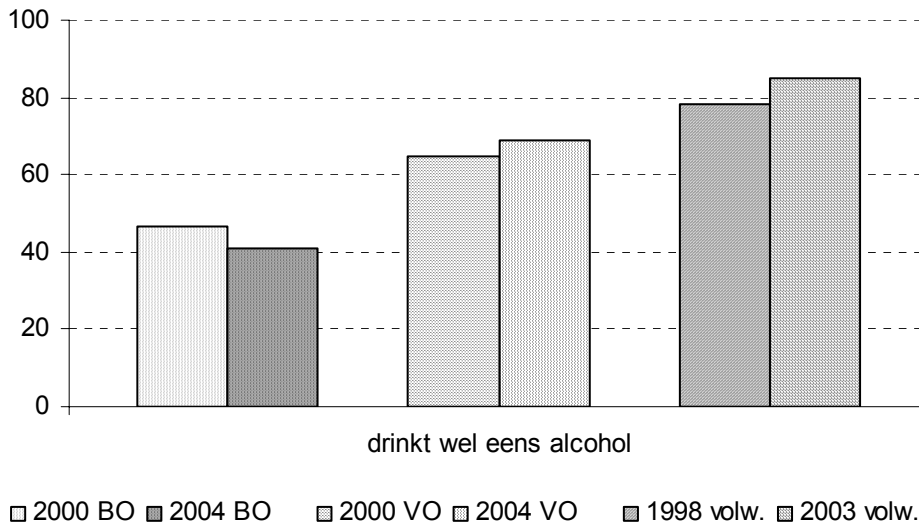


Alcohol

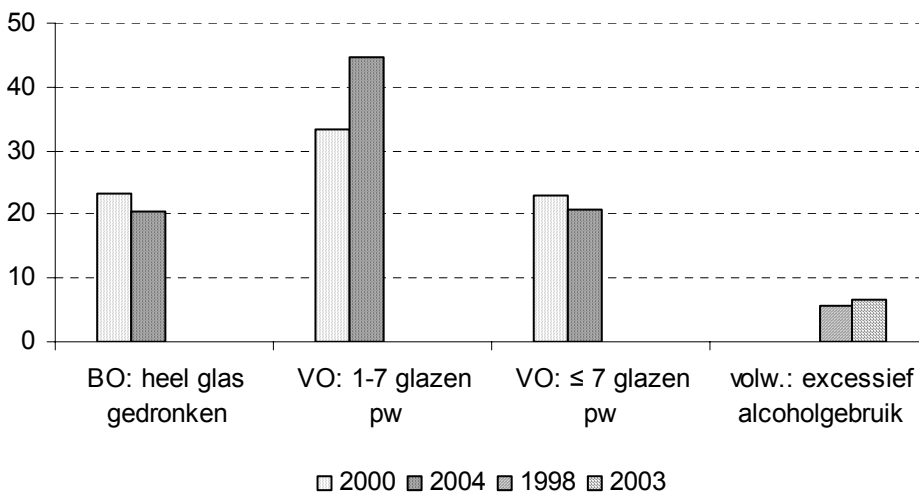
De meerderheid van de inwoners in Nederland neemt regelmatig een drankje. Anders dan bij roken is het niet zo dat alcoholgebruik alleen maar schadelijk is: matig alcoholgebruik beschermt tegen hart- en vaatziekten. Overmatig alcoholgebruik, gemiddeld meer dan 21 glazen per week voor mannen en 14 glazen per week voor vrouwen, geeft niet alleen een verhoogde kans op kanker en hart- en vaatziekten, maar kan op termijn leiden tot alcoholafhankelijkheid. Overmatig drinken brengt ook grote maatschappelijke kosten met zich mee, onder meer vanwege ongevallen, vandalisme, arbeidsverzuim en huiselijk geweld. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid. Het leidt tot meer risicovol seksueel gedrag, een grotere kans op ongevallen en verwondingen én op agressief gedrag. Ook is er een grotere kans op schade aan de hersenen. Daarnaast lopen jongeren die al vroeg beginnen met drinken een groter risico om op latere leeftijd problemen te krijgen met alcohol.

Uitkomsten voor Drenthe

In de volgende figuur wordt voor verschillende leeftijdscategorieën het percentage dat alcohol gebruikt gepresenteerd. Het percentage basisschoolleerlingen dat wel eens alcohol heeft geproefd is in 2004 gedaald ten opzichte van het onderzoek dat in 2000 is gedaan. Daarentegen is het percentage dat alcohol gebruikt bij leerlingen in het voortgezet onderwijs en bij volwassenen gestegen.



De hoeveelheid alcohol die gedronken wordt en vooral het excessieve gebruik lijkt in Drenthe niet bovenmatig gestegen te zijn.



Bij volwassenen is er geen verschil in SES wat betreft het excessieve gebruik van alcohol. Bij jongeren op het voortgezet onderwijs is er wel een verschil; daar komt naar voren dat VMBO-ers meer drinken dan jongeren op HAVO/VWO. Uit beide figuren blijkt dat de landelijke trend dat op steeds jongere leeftijd alcohol gebruikt wordt, voor Drenthe niet bevestigd kan worden. Het percentage basisschoolleerlingen dat wel eens alcohol geproefd heeft en het percentage dat een heel glas alcohol heeft gedronken is in 2004 gedaald.

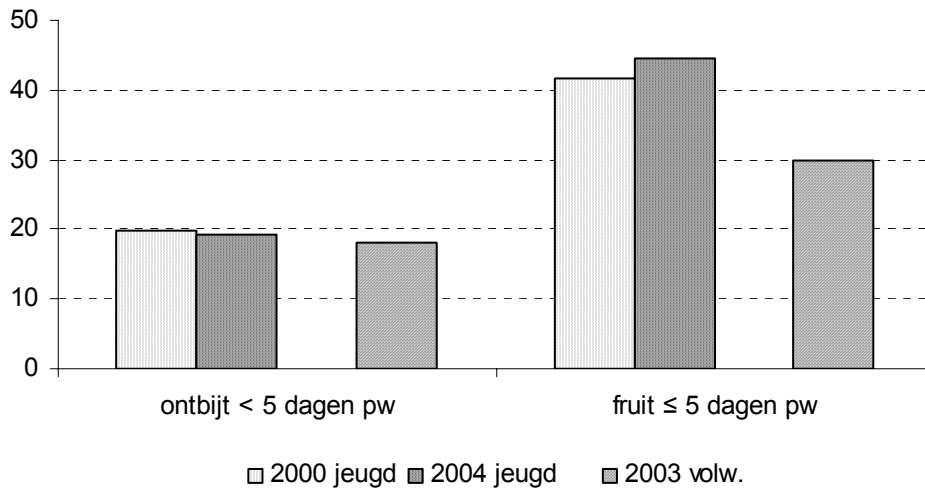
Voeding

Veel mensen eten te vet en te weinig groente en fruit. Ook veel kinderen en jongeren hebben een ongezond eetpatroon: ze ontbijten slecht, snoepen te veel en eten te weinig groente en fruit. De gevolgen van dit gedrag zijn vaak pas op langere termijn merkbaar: meer kans op kanker en diverse aandoeningen als gevolg van overgewicht. Maar er zijn ook kinderen die daar al in hun jeugd last van krijgen. De zogeheten 'ouderdomsdiabetes', diabetes type II, komt steeds vaker ook onder jongeren voor.

Zowel volwassenen als jongeren uit een sociaal economisch lagere klasse hebben slechtere voedingsgewoonten dan degene met een hoge sociaal economische status.

Uitkomsten voor Drenthe

In de figuur is te zien dat bij de jeugd ongeveer 20% niet elke schooldag ontbijt; het percentage volwassenen dat minder dan 5 dagen ontbijt is 18%



Snacken wordt door bijna een kwart van de jongeren 4 dagen of meer per week gedaan. De kinderen van de basisschool doen dit minder vaak (17%) dan jongeren uit klas 2 (25%) of uit klas 4 (27%).

Bewegen

Ook bewegen is van belang bij het voorkomen van allerlei aandoeningen. Bewegen heeft direct positief effect op de lichamelijke conditie, waardoor de kans op onder andere hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en botontkalking vermindert. Indirect wordt dat effect ook nog eens versterkt doordat bewegen leidt tot ontspanning en ook dat is weer gunstig voor hart en vaten. Ontspanning zorgt bovendien ook voor minder psychische problemen als depressies. Bewegen heeft een gunstige invloed op gewicht waardoor klachten als gevolg van overgewicht, zoals diabetes type II en gewrichtsklachten, worden teruggedrongen. Bij ouderen leidt voldoende bewegen vaak tot grotere zelfredzaamheid.

Bewegen blijkt ook vaak een opmaat te zijn voor ander gezond gedrag, zoals gezonder eten en stoppen met roken. Het gezonde gevoel dat sportief bewegen veroorzaakt, maakt dat mensen ook op andere terreinen gezonder willen zijn.

Uitkomsten voor Drenthe

Voor volwassenen is in 2003 berekend of men voldoet aan de 'Nederlandse Norm Gezond Bewegen' (minimaal 5 dagen in de week 30 minuten matig intensief bewegen). Gemiddeld genomen voldeed iets minder dan helft van de Drentse volwassenen niet aan de norm.

Opvallend genoeg kwam naar voren dat hoog opgeleide respondenten relatief vaker (53%) niet aan de norm voldeden dan laag opgeleiden (46%).

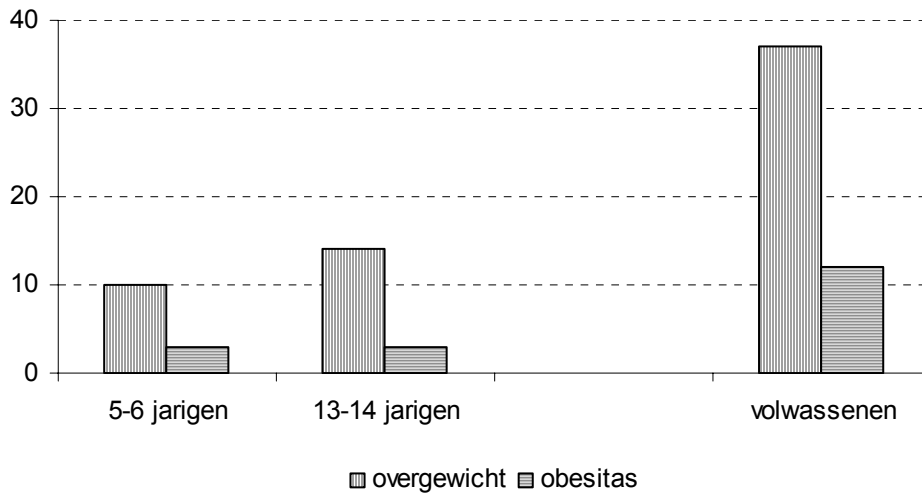
Bij jongeren kwam naar voren dat leerlingen van het VMBO minder vaak lid zijn van een sportvereniging dan leerlingen van HAVO/VWO. Het lid zijn van een sportclub neemt af naarmate de jongere ouder wordt. Daar waar 82% van de 11-12 jarigen nog lid is van een sportvereniging, is dit onder de 15-16 jarigen gedaald naar 65%

Overgewicht

Uit landelijke informatie blijkt dat overgewicht voor bijna 10% bijdraagt aan de ziektelast, vooral door het verhoogde risico op diabetes. Daarnaast hangt overgewicht - en vooral het hebben van obesitas - samen met hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker en aandoeningen van het bewegingsapparaat (zoals artrose) en van de ademhalingsorganen. Overgewicht hangt daarnaast ook samen met leefstijlfactoren als lichaamsbeweging en voedingspatroon.

Uitkomsten voor Drenthe

In de figuur worden de gegevens (uit 2003) voor overgewicht en obesitas apart weergegeven voor Drenthe.



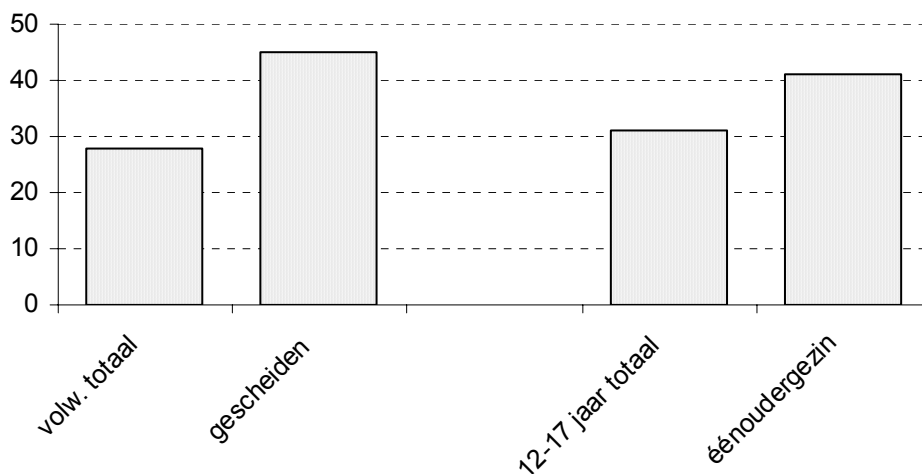
Het percentage volwassen Drenten met overgewicht ligt boven het landelijke gemiddelde: 37% tegen 34% gemiddeld. Dit geldt ook voor obesitas, 12% tegen 10% gemiddeld. Overgewicht is een groeiend probleem in Drenthe, want tussen 1991 en 2003 nam het aantal volwassen Drenten met overgewicht toe met 29%. De leeftijdsgroep 20 t/m 34 jaar kende de grootste stijging met name bij vrouwen. Het percentage personen met overgewicht is in de groep met een lage SES hoger dan in de groep met een hoge sociaal economische status. Bij kinderen zien we dat in groep 2 van het basisonderwijs gemiddeld één op de zeven kinderen en in klas 2 van het voortgezet onderwijs één op de zes kinderen te zwaar is.

Sociale relaties en kwetsbaarheid

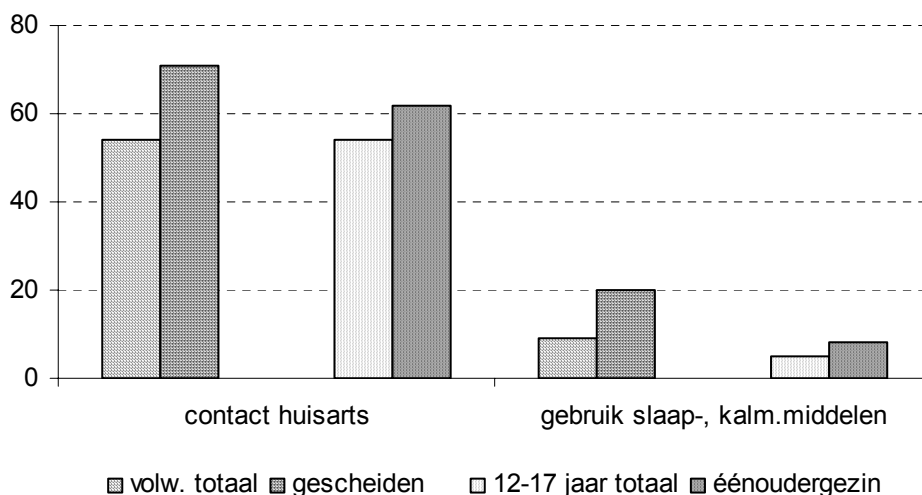
De sociale omgeving is een factor die op mensen inwerkt en de gezondheid kan beïnvloeden. Een stabiele relatie of gezinsleven, het hebben van werk of zinvolle dagbesteding zijn factoren die bijdragen aan een goede gezondheid. De afwezigheid van deze zaken daarentegen kunnen de gezondheid negatief beïnvloeden. Eenzaamheid of een traumatische (jeugd) ervaring zoals bijvoorbeeld huiselijk geweld of een scheiding heeft negatieve invloed op de gezondheid.

Gebroken gezin: uitkomsten voor Drenthe

Bij het Drentse onderzoek naar psychische gezondheid onder volwassenen kwam naar voren dat 28% psychische problematiek heeft. Bij jongeren op het voortgezet onderwijs heeft 31% een indicatie voor een psychosociaal probleem. Deze problemen kunnen verschillende oorzaken hebben. In de volgende figuur worden allereerst de resultaten gepresenteerd over psychische problematiek bij volwassenen en jongeren die in een gebroken gezin wonen. Zij hebben relatief vaker psychische problemen dan anderen.



In de figuur hieronder komt een beeld naar voren waaruit blijkt dat mensen uit een gescheiden gezin meer contact hebben met de huisarts en vaker medicijnen gebruiken.



Om een beeld te geven van de leefstijl bij groepen in een kwetsbare (gezins)situatie is nog gekeken naar het roken en alcoholgebruik. Voor zowel jongeren als volwassenen geldt dat het percentage rokers hoger is in de groep waar een scheiding heeft plaatsgevonden. Voor alcohol is het minder duidelijk. Jongeren uit een éénoudergezin drinken relatief vaker wel alcohol, maar volwassenen die gescheiden zijn, doen dit juist minder in vergelijking met de totale bevolking.

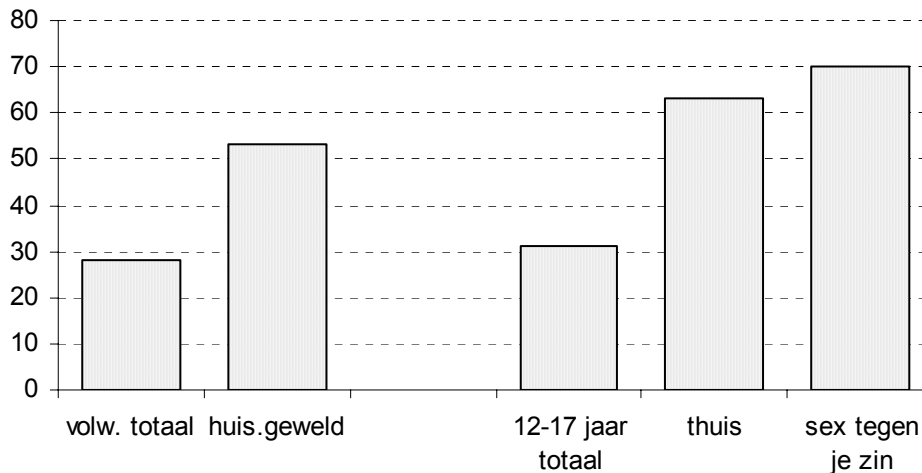
Huiselijk geweld: uitkomsten voor Drenthe

Huiselijk geweld komt voor in alle milieus en culturen en is de meest voorkomende geweldsvorm in onze samenleving. Steeds duidelijker wordt dat huiselijk geweld een grote impact heeft op zowel het slachtoffer, de directe omgeving als de maatschappij. De gevolgen van huiselijk geweld zijn vaak langdurig en divers. Zo werkt huiselijk geweld ontwrichtend: slachtoffers voelen zich onzeker in relaties, schamen zich en raken geïsoleerd. Ook blijkt dat kinderen die in hun jeugd mishandeld of verwaarloosd zijn later als volwassene vaker gewelddadig gedrag vertonen dan anderen.

Uit de gezondheidsenquête van 2003 blijkt dat ruim 16% van de vrouwen en ruim 10% van de mannen in Drenthe ooit te maken heeft gehad met huiselijk geweld.

Om inzicht te krijgen in de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen is de groep volwassenen die huiselijk geweld hebben meegemaakt vergeleken met de totale groep volwassenen. Bij jongeren worden twee groepen jongeren apart gepresenteerd. Ten eerste jongeren die lichamelijk mishandeld zijn, ongewenste intimiteiten hebben meegemaakt en/of seks tegen hun zin hebben gehad én waarbij de plaats waar dit gebeurd is “thuis” is. En ten tweede de groep die heeft aangegeven dat ze seks tegen hun zin hebben gehad.

De onderstaande grafiek laat duidelijk zien dat zowel volwassenen als jongeren die een ernstige gebeurtenis hebben meegemaakt, meer psychische problemen hebben dan de totale groep.



Ook hebben deze respondenten relatief meer contact met de huisarts en gebruiken ze vaker slaap- en kalmeringsmiddelen. Verder blijkt dat volwassenen en jongeren die ingrijpende problemen hebben meegemaakt meer roken. Voor jongeren geldt daarbij dat het alcoholgebruik bij deze groep groter is dan die van de totale groep. Bij volwassenen is dit laatste niet het geval.

Eenzaamheid bij ouderen: uitkomsten voor Drenthe

Eenzaamheid komt veel voor bij ouderen. Mensen missen bepaalde en/of voldoende sociale relaties of vinden dat de kwaliteit van de sociale relaties die ze hebben niet goed is. Er worden twee vormen van eenzaamheid onderscheiden: eenzaamheid als gevolg van sociale isolatie (aantal of kwaliteit van de persoonlijke relaties is minder dan gewenst) en die als gevolg van emotionele isolatie (gemis van intimiteit in persoonlijke relaties of gemis van een vertrouwenspersoon).

Het percentage eenzame ouderen is in 2007 gestegen naar 40%; respectievelijk 4% en 7% van deze ouderen is zelfs ernstig eenzaam. Ouderen met een lage SES voelen zich vaker eenzaam dan die met een hoge SES. Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd en komt met name veel voor onder 75-plussers. In Drenthe blijkt dat 69% van alle eenzame ouderen sociaal eenzaam zijn en ongeveer eenderde van deze mensen is (ook) emotioneel eenzaam.

Depressie

Depressie is in deze paragraaf eigenlijk een vreemde eend in de bijt. Zijn alle bovengenoemde onderwerpen feitelijke factoren die de gezondheid van mensen beïnvloeden, depressie is een ziekte en dus het gevolg van verschillende factoren. Het is één van de vijf onderwerpen uit de laatste Rijkspreventienota en verdient daarom aandacht in het volksgezondheidsbeleid.

Wanneer mensen een depressie hebben, is de kwaliteit van leven sterk gereduceerd. Depressie is een belangrijke oorzaak van *schooluitval, arbeidsverzuim en eenzaamheid*.

Jaarlijks hebben 588.800 volwassenen (18-65 jaar) een depressie zo blijkt uit landelijke onderzoeken. Bij vrouwen komen depressies ongeveer tweemaal zo vaak voor als bij mannen. Ook komt depressie meer dan gemiddeld voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Volwassenen die eerder depressieve klachten hebben gehad, lopen een aanzienlijk groter risico op een nieuwe depressie. Ditzelfde geldt voor volwassenen met een kwetsbare persoonlijkheid (weinig zelfvertrouwen en een geringe zelfwaardering). Enkele chronische lichamelijke ziektes vergroten bovendien het risico op een depressie onder volwassenen, evenals stressvolle levensgebeurtenissen. Bij de groep ouderen zijn de risicogroepen mensen met weinig sociale steun, chronische zieken en laag opgeleiden. Sociale participatie, lichamelijke gezondheid en gevoel voor controle over het eigen leven en sociale steun in de omgeving beschermen ouderen tegen depressie.

Uitkomsten voor Drenthe

In Drenthe is alleen van de inwoners van 65 jaar en ouder bekend hoeveel mensen er in 2007 in bepaalde mate een risico op angst en depressie hebben gehad of nog hebben. Het blijkt dat 24% een matig risico heeft op angst en depressie en 4% heeft zelfs een hoog risico op deze aandoening. Het risico is hoger in de groep 75-plus dan bij de 65-75 jarigen. Ook blijkt dat ouderen met een lage sociaal economische status relatief vaker een hoger risico hebben op angst en depressie dan ouderen met een hoge status.

Bijlage 5

Lijst met afkortingen

GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
VDG	Vereniging Drentse Gemeenten
AB	Algemeen Bestuur
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
JGZ	Jeugd Gezondheidszorg
SOA	Sexueel Overdraagbare Aandoening
VVE	Voor- en Vroegschoolse Educatie
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
EKD	Electronisch Kinddossier
GES	Gezondheidseffect Screening
VMBO	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
NNGB	Nederlandse Norm voor Gezond Bwegen
BOS	(Landelijk project) Buurt, Onderwijs en Sport
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
CIZ	Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten (nu opgegaan in de Wmo)
RIBW	Regionaal Instituut voor Begeleid Wonen
VNN	Verslavingszorg Noord Nederland
XTC	= Ecstasy, een synthetische drug
BMI	Body Mass Index (Index voor lichaamsmassa)