

# Samenleving als medicijn

Nota lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011



Gemeente Soest  
December 2007

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>TERUGBLIK NOTA GEZONDHEIDSBELEID 2003-2006</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>WAT GAAN WE DOEN?</b>	<b>5</b>
3.1	Inleiding	5
3.2	Een gezonde inwoner	7
3.3	Een gezonde omgeving	9
3.4	Een gezonde keten	11
<b>4</b>	<b>FINANCIEN</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>BELEIDSKADERS</b>	<b>12</b>
5.1	Inleiding	12
5.2	Openbare gezondheidszorg en collectieve preventie	12
5.3	WCPV	13
5.4	Lokaal gezondheidsbeleid	13
<b>6</b>	<b>GEZONDHEIDSSITUATIE SOESTERS</b>	<b>14</b>
6.1	Inleiding	14
6.2	Algemeen	14
6.3	Jeugd	14
6.4	Volwassenen	15
6.5	Ouderen	15
<b>7</b>	<b>WAT IS GEZONDHEID?</b>	<b>16</b>
7.1	Inleiding	16
7.2	Definitie gezondheid	16
7.3	Wat is een gezonde leefstijl?	17
7.4	(Landelijke) trends en ontwikkelingen m.b.t. gezondheid(szorg)	18
7.5	Landelijke speerpunten	20
<b>8</b>	<b>SLOTBESCHOUWING</b>	<b>21</b>

Bijlage 1: Determinanten gezondheid  
Bijlage 2: Gezondheidsprofielen  
Bijlage 3: Verslag gezondheidsforum  
Bijlage 4: Overzicht doelen 2008-2011

# 1 INLEIDING

Gezondheid wordt gezien als een van de belangrijkste bronnen van levensgeluk en welzijn. Bovendien is de gezondheid van de ene burger goed voor de gezondheid van een ander. Omgekeerd: ongezondheid is besmettelijk. Investeren in gezondheid is daarom van maatschappelijk belang. Gezondheid heeft voor een belangrijk deel te maken met je goed voelen, lekker in je vel zitten. Er is echter een paradox. Veel mensen zeggen dat gezondheid een belangrijk goed is, maar zij gedragen zich hier niet na. Denk aan de mensen die verslaafd zijn aan genotmiddelen. Ongezonder gedrag staat niet op zichzelf maar vertoont een sterke samenhang met de sociale en fysieke omgeving.

Burgers hebben zelf een belangrijke individuele verantwoordelijkheid en rol om zich gezond te voelen. Ziekte is in sommige gevallen te voorkomen; steeds meer wordt duidelijk dat ongezondheid - en dus ook gezondheid - een beïnvloedbare variabele is. Voorkomen is beter dan genezen. Wat we nu investeren in gezondheid krijgen we in de toekomst als extra gezonde levensjaren terug. Een ongezonde leefstijl zorgt ervoor dat de levensverwachting van ons Nederlanders achterblijft bij die van de rest van Europa. Op het gedrag, leefstijl, van mensen heeft de overheid maar beperkte invloed. Via gericht beleid kan de overheid wel bijsturen.

Keuzes in het verleden hebben de Nederlandse samenleving een toenemende welvaart gebracht. Deze toegenomen welvaart plaatst ons wel voor nieuwe vraagstukken op dit gebied. Overgewicht bij een groot deel van de bevolking is bijvoorbeeld een punt dat aandacht verdient. Gezien wordt ook dat er gezondheidsproblemen zijn die veeleer een aanpak vragen die buiten de directe werkingssfeer van de gezondheidszorg liggen: de leefwijze en de sociale omgeving van mensen. Met preventie (vroegtijdig signaleren) en gedragsbeïnvloeding kan gezondheidswinst worden behaald. Voorlichting wordt een steeds belangrijker beleidsinstrument. Zo is er nog veel winst te behalen als mensen gezonder zouden eten en hun leefstijl zouden aanpassen door meer te gaan bewegen.

Lokaal gezondheidsbeleid bevindt zich per definitie op het terrein van de openbare gezondheidszorg (OGZ). Openbare gezondheidszorg wordt gedefinieerd als 'die onderdelen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking'. Aan openbare gezondheidszorg ligt veelal geen individuele hulpvraag ten grondslag maar richt zich voornamelijk op groepen mensen (ongezond én gezond). Aan zowel de leefstijl van de inwoners als omgevingsfactoren zal aandacht worden geschonken.

Gemeenten zijn wettelijk verplicht om eens in de vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken. In 2003 verscheen de eerste nota "Op uw gezondheid" welke gold voor de periode 2003-2006. Het jaar 2007 is gebruikt om te komen tot een nieuwe nota. Dit omdat er in 2007 allerlei nieuwe ontwikkelingen waren die van invloed zijn op lokaal gezondheidsbeleid. Bijvoorbeeld de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) per 1 januari van dit jaar. In deze nota kunt u de kaders lezen waarbinnen de gemeente zich inzet om een gezonde leefstijl van haar burgers te bevorderen en een gezonde leefomgeving voor haar burgers wil creëren. In de praktijk gebeurt er uiteraard veel meer dan dat staat beschreven in deze nota; het gaat te ver om dat allemaal in deze nota te beschrijven. Gezondheidsbeleid is om een omvattend terrein. In dit stuk wordt volstaan met het aangeven van de hoofdlijnen en de prioriteiten. De gezondheidssituatie in Soest heeft als leidraad gediend voor het beleid zoals dat hierna wordt beschreven. Gegevens uit (epidemiologisch) onderzoek en informatie over de gezondheidsbeleving van de GGD dienden als basis. Deze nota is interactief tot stand gekomen. Op dit moment wordt door GGD Eemland gegevens verzameld en geanalyseerd in het kader van een periodiek gezondheidsonderzoek ouderen. De verwachting is dat de resultaten van dit onderzoek begin 2008 beschikbaar zijn. Op basis van deze uitkomsten zullen wij nader beleid maken.

## *Leeswijzer*

Als vertrekpunt zullen we het actieprogramma nemen zoals dat in de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid is benoemd. We zullen terugkijken wat is gerealiseerd en wat meegenomen dient te worden in de komende periode. Vervolgens zullen we in hoofdstuk 3 op basis van landelijke prioriteiten, de gezondheidsanalyses van de GGD en relevante maatschappelijke ontwikkelingen ingaan op wat we de komende periode willen bereiken, waar we op in zetten en hoe we dit willen bereiken. Deze landelijke prioriteiten, gezondheidsanalyses en maatschappelijke ontwikkelingen treft u in de hierop volgende hoofdstukken aan als 'achtergrondinformatie'.

## 2 TERUGBLIK NOTA GEZONDHEIDSBELEID 2003-2006

Sinds 2003 zijn gemeenten op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) verplicht om vierjaarlijks een nota Lokaal Gezondheidsbeleid vast te stellen (zie hoofdstuk 5 voor meer informatie over de WCPV). In de vorige nota zijn voor de periode 2003-2006 onderwerpen aangedragen die de gemeente gedurende de looptijd van de nota wilde oppakken. Deze onderwerpen zijn vertaald in een actieprogramma. Hieronder zullen we kort per actiepoint aangeven wat gerealiseerd is c.q. wat de stand van zaken is.

1. Het onderzoeken van de mogelijkheden om een hospice te realiseren. Op 1 januari 2007 heeft de Hospice, gevestigd aan de Julianalaan, zijn deuren geopend.
2. Het onderzoeken van de gezondheid van allochtonen en het oplossen van knelpunten hierin. De groep allochtone ouderen is toegevoegd aan de reguliere gezondheidspeilingen van de GGD.
3. Het bevorderen van een gezonde leefstijl. Ingezet is op het laten bewegen van de inwoners. Vanuit het breedtesportproject is hieraan aandacht besteed.<sup>1</sup> Activiteiten die hebben plaatsgevonden zijn Kies je Sport (kennismaking basisschool leerlingen met een sport naar keuze), WHOZNEXT-project en het project GALM dat is gericht op het aan het bewegen krijgen van ouderen. Samen met o.a. de GGD wordt gewerkt aan het bevorderen van een gezonde leefstijl. Zo heeft de GGD een signaleringssysteem voor kinderen met overgewicht ingevoerd.
4. Het tegengaan van psychosociale problemen. Een ouderenmedewerker van de Stichting Welzijn Ouderen Soest legt in het kader van het project Vereenzaming Ouderen Soest (VOS) huisbezoeken af aan ouderen. Stichting Balans en algemeen maatschappelijk werk voeren in dit kader ook projecten uit. Daarnaast zijn er de RIAGG-preventieprojecten.
5. Het behouden van voorzieningen. In de wijk Klarwater is een pilot gaande. Samen met betrokken actoren op het gebied van wonen, welzijn en zorg wordt gewerkt aan het creëren van een dusdanig voorzieningenaanbod zodat mensen zo lang mogelijk in hun eigen huis kunnen blijven wonen.
6. Het vormgeven van de regierol. Ten aanzien van de wettelijke WCPV taken heeft de gemeente deze rol ingevuld. In het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning wordt nu bezien op welke gebieden (prestatievelden) de gemeente een actieve rol inneemt en wat zij meer aan het veld overlaat.
7. Het maken van een sociale kaart. De GGD heeft op internet een digitale gezondheidsatlas gerealiseerd met informatie over de gezondheid van inwoners. Daarnaast bevat de Gemeentegids een overzicht van partijen die actief zijn op het gebied van gezondheid(szorg).
8. Het inzichtelijk maken van de gezondheidssituatie. Via allerlei peilingen en het opstellen van gezondheidsprofielen door de GGD hebben we op dit moment redelijk in beeld hoe het staat met de gezondheid van de inwoners in Soest (zie ook hoofdstuk 4). Iedereen kan via de website van de GGD de gezondheidsatlas raadplegen.
9. Regionale samenwerking. Op regionaal niveau vindt zowel ambtelijk als bestuurlijk afstemming plaats.
10. Inspringen op ontwikkelingen. Hier gaat het om een continue proces. Aandachtpunten op dit moment zijn bijvoorbeeld de integratie van de JGZ en het Centrum Jeugd en Gezin.



Wanneer we kijken naar bovenstaande actiepointen dan blijkt dat de meeste punten zijn uitgevoerd. Een aantal beleidsvoornemens zoals het tegengaan van psychosociale problemen en het behoud van voorzieningen zijn nog steeds actueel. Gezondheidsthema's<sup>2</sup> vragen blijvende aandacht en de resultaten van ingezet beleid zijn soms pas op de langere termijn te behalen. Sinds 2003 heeft de maatschappij niet stilgestaan. Er zijn nieuwe ontwikkelingen, inzichten e.d. en de gezondheidssituatie van inwoners is ook aan verandering onderhevig. Er hebben zich nieuwe gezondheidsproblemen aangediend. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan schadelijk alcoholgebruik en andere verslavingsvormen en depressie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert in haar rapport<sup>3</sup> dat de openbare gezondheidszorg en de kwaliteit van de GGD'en de afgelopen 10 jaar merkbaar verbeterd zijn. Er zijn echter nog wel een aantal uitdagingen zoals overgewicht adequaat aanpakken. In het kader van het beleid voor de komende jaren zullen we hier dan ook aandacht aan besteden. Met de aanpassing van de WCPV werd met ingang van 2003 van gemeenten een nauwere inhoudelijke bemoeienis en sturing verwacht op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid. De afgelopen jaren heeft de gemeente ervaring kunnen opdoen met de regierol op dit beleidsterrein. Deze ervaringen neemt de gemeente mee

<sup>1</sup> Voor het resultaat van deze inzet zie Breedtesportevaluatie.

<sup>2</sup> In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op wat gezondheid is en welke facetten het kent.

<sup>3</sup> Staat van de gezondheidszorg 2005; Openbare gezondheidszorg, IGZ. 2006.

in de nieuwe planperiode. Wij vinden het van belang om hetgeen de afgelopen jaren tot stand is gebracht te borgen en vanuit deze positie nieuwe uitdagingen aan te pakken.

#### *Fusie GGD*

Een relevante ontwikkeling die we op deze plaats willen vermelden is de haalbaarheidsstudie die is verricht op het gebied van samenwerking tussen GGD Eemland en GGD Midden Nederland. Uit het onderzoek kwam naar voren dat op termijn een fusie het meeste structurele voordeel oplevert. GGD Midden Nederland staat niet afwijzend tegenover een fusie. De komende tijd zal dit verder uitgewerkt gaan worden.

#### *Wmo*

De per 1 januari 2007 ingevoerde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) maakt de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie van alle burgers. Kwetsbare groepen mogen geen drempels ervaren om deel te nemen aan de maatschappij. Mensen die zelf niet in staat zijn om te participeren kunnen een beroep doen op de gemeente voor ondersteuning. Binnen de Wmo neemt de realisatie en versterking van de civil society (een systeem van verbanden waar burgers deel van uitmaken) een belangrijke plaats in. Gezondheid speelt een prominente rol binnen de Wmo. Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder. Andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychische, sociaal als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij mogelijk. Preventie speelt een belangrijke rol binnen zowel de WCPV als de Wmo. Op dit moment werkt de gemeente aan een 4-jarig Wmo beleidsplan waarin beleid op het gebied van onder andere maatschappelijke ondersteuning nader wordt uitgewerkt.

## **3 WAT GAAN WE DOEN?**

### **3.1 Inleiding**

In hoofdstuk 2 hebben we kunnen lezen dat een aantal gezondheidsproblemen waarop de gemeente de vorige planperiode heeft ingezet nog steeds actueel zijn en aandacht verdienen. De preventienota 'Kiezen voor Gezond leven' van het kabinet geeft een aantal speerpunten aan waarop landelijk wordt ingezet en van gemeenten wordt verwacht dat zij hieraan ook aandacht geven. Hoofdstuk 7 gaat nader in op deze prioriteiten. In dat hoofdstuk worden ook ontwikkelingen en trends met betrekking tot gezondheid(szorg) besproken. Op basis van deze gegevens en op basis van de gegevens van de GGD en het gezondheidsforum (zie hoofdstuk 6) is het gezondheidsbeleid voor de komende jaren geformuleerd. Op welke doelen gaan we inzetten, welke problemen willen we aanpakken en waar leggen we de prioriteiten? Dit hoofdstuk gaat hier nader op in. We kunnen niet aan alle gezondheidsproblemen evenveel aandacht geven. Daarom hebben we gekozen om prioriteit te geven aan die problemen die uit onderzoek en door actoren als meest urgent worden betiteld. Dit houdt niet in dat we aan andere problemen geen aandacht geven, maar minder. Het accent van ons beleid zal zich toespitsen op de urgentste problemen. De hoofdlijnen van ons beleid treft u hieronder aan.

Voor de komende jaren gaan we inzetten op de volgende twee speerpunten:

1. leefstijlbenadering;
2. psychische gezondheid en psychosociale problematiek.

Ad. 1. Bij leefstijlbenadering gaat het om beleid dat gericht is op het geheel van gedragingen die de leefstijl van het individu bepalen. Bij ongezond gedrag gaat het hoofdzakelijk om het (overmatig) nuttigen van genotmiddelen, ongezond eten en te weinig bewegen. De belangrijkste thema's binnen dit speerpunt zijn: roken, alcoholgebruik, bewegen en overgewicht.

Ad. 2. Hier gaat het vaak om afwijkende vormen van gedrag. Het gaat niet alleen om waarneembaar gedrag, maar ook om gevoelens, beleving en gedachten. Het gaat vaak om een ingewikkeld samenspel van factoren. Psychisch gezonde mensen voelen zich goed, autonoom en competent. Ze verwezenlijken de eigen intellectuele en emotionele mogelijkheden. Vroegsignalering en opvang van bijzondere groepen zoals verslaafden en dak- en thuislozen in een vroeg stadium kunnen erger voorkomen en kunnen voorkomen dat de kwaliteit van het leven verder wordt aangetast.

Ongezond gedrag staat niet op zichzelf maar hangt sterk samen met de sociale en fysieke omgeving waarin mensen opgroeien, naar school gaan, wonen, werken en recreëren. Daarom is de vrijheid om te kiezen voor gezond gedrag voor veel groepen nog beperkt. Bevorderen van gezond gedrag vergt een intensieve en integrale aanpak. Die aanpak is niet alleen gericht op het individu maar ook op de omgeving. Omdat gezondheidsproblemen in samenhang beschouwd dienen te worden en een aanpak op meerdere fronten vereist, zetten we de komende jaren in op drie programma's. Binnen deze programma's krijgen de hierboven genoemde thema's prioriteit. Met een gezonde leefstijl is nog veel gezondheidswinst te behalen zoals we zagen. Als gemeente willen we onze inwoners hierbij helpen. Dit doen we middels het programma '**Een gezonde inwoner**'.

De omgeving waarin mensen wonen speelt een belangrijke rol als het gaat om gezond zijn en zich gezond voelen. Het wonen langs een snelweg kan nadelige invloed hebben op de beleving van de gezondheid (fijn stof). De aanwezigheid van speelveldjes en groen in de buurt kan er aan bijdragen dat mensen meer gaan spelen, sporten en hiermee meer bewegen. Naast een gezonde inwoner wil de gemeente inzetten op **een gezonde omgeving**, het tweede programma.

Mochten mensen toch een zorgvraag hebben of op een andere manier hulp nodig hebben dan willen we zorgen voor goede voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg. Omdat er veel partijen actief zijn op het gebied van gezondheid(zorg) willen we bijdragen dat de partijen zo goed mogelijk samenwerken en hun diensten zo goed mogelijk afstemmen met elkaar. De zorgvraag dient het vertrekpunt te zijn. We streven naar een goed basisvoorzieningsniveau waarop de inwoners van onze gemeente een beroep kunnen doen. Voor inwoners die buiten de boot vallen dient de vangnetfunctie goed ingevuld te zijn. Een goede toegang en toeleiding zijn belangrijke sleutelwoorden in dit kader. Samenwerking tussen externe partijen is belangrijk. Samenwerking tussen gemeentelijke afdelingen ook.

Iemands sociaal-economische status is van invloed is op zijn/haar gezondheid. Opleidingsniveau, inkomen en het hebben van werk zijn belangrijke determinanten van de (volks)gezondheid. Zo rookt van de mensen met alleen basisonderwijs bijna 50%, terwijl dat in de hoogste opleidingsgroep 20% is. Het verschil in ernstig overgewicht bedraagt zelfs een factor 5. Investeren in het opleidingsniveau van de bevolking is dan ook een strategie om de gezondheid te verbeteren. Het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen ligt voor een groot deel op andere terreinen zoals zorgdragen voor voldoende werkgelegenheid, goed onderwijs en een goed inkomen voor iedereen. Afstemming met andere beleidsterreinen komt hierbij om de hoek kijken. Afstemming met gemeentelijke afdelingen als milieu en verkeer wordt ook steeds belangrijker. Het RIVM schat dat 2 tot 5% van de ziektelast in Nederland is toe te schrijven aan milieufactoren, waarbij blootstelling aan fijn stof en geluidsoverlast, beide als gevolg van verkeer, de belangrijkste factoren zijn. Met het derde programma '**Een gezonde keten**' wil de gemeente de samenwerking tussen en afstemming met betrokken actoren verbeteren.

Samengevat zetten we de komende jaren in op drie programma's:

- Een gezonde inwoner;
- Een gezonde omgeving;
- Een gezonde keten.

Hieronder zullen we de programma's met hun doelstellingen en acties toelichten. Voor een totaal overzicht zie bijlage 3.

#### *Preventie*

Een belangrijk onderwerp dat van toepassing is op de speerpunten en de programma's is preventie. Voorkomen is nog altijd beter dan genezen. Ziekte voorkómen heeft een duidelijk maatschappelijk en individueel belang. Gezond zijn en gezond blijven draagt bij aan het welzijn van individuen en de mogelijkheden tot participatie in de maatschappij. We kunnen de volgende soorten preventie onderscheiden:<sup>4</sup>

- universele: is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van individuele risicofactoren.
- selectieve: is gericht op individuen of een subgroep van de populatie waarbij het risico op het ontwikkelen van een psychisch probleem aanzienlijk groter dan gemiddeld is.  
Doelen van universele en selectieve preventie zijn bewustwording van de risico's, verhogen van de startleeftijd van het eerste gebruik en het beperken van schade. Deze vormen van preventie krijgen vorm via beleidsmaatregelen, handhaving van alcoholwetgeving, educatie en voorlichting.
- geïndiceerde: is gericht op individuen die niet voldoen aan diagnostische criteria voor een psychische stoornis of die biologische kenmerken hebben die duiden op een predispositie voor een psychiatrische

---

<sup>4</sup> Bron: Trimbos Instituut.

aandoening. Geïndiceerde preventie heeft als doel het voorkomen van verslaving, het voorkomen van ernstige gezondheidsproblemen, inzetten op verantwoord gebruik van genotmiddelen. Dit kan bijvoorbeeld zijn het gecontroleerd en matig drinken voor mensen die geen verslavingskenmerken hebben en stoppen met drinken voor mensen die een verslavingskenmerk hebben.

- terugval en maatschappelijke participatie: zijn gericht op individuen die een stoornis hebben.

Deze soorten van preventie hebben op hun eigen manier een plek gekregen binnen de programma's. De kracht van (lokale) preventie zit vooral in de persoonlijke benadering en de samenhang tussen verschillende boodschappen in verschillende situaties op steeds verschillende momenten. Door afstemming tussen landelijke preventieactiviteiten en lokale activiteiten kan de impact van boodschappen worden versterkt.

Eén specifiek project willen we hier nog uitlichten. Dit project van Stichting Balans en Centrum Maliebaan heet 'Een gezond leven voor jongeren' en wil het gebruik van genotmiddelen (roken, alcohol en drugs) door de jeugd aanzienlijk verminderen. Het raakt aan vele thema's van het speerpunt 'leefstijlbenadering'. In dit kader zijn er vijf actieplannen ontwikkeld die vijf gebieden bestrijken:

1. vrije tijd en sport;
2. regelgeving en handhaving;
3. publiciteitscampagnes;
4. ouders/opvoeders;
5. voorlichting/onderwijs.

Belangrijk is dat op alle terreinen gelijktijdig en in samenhang actie wordt ondernomen en dat veel verschillende partijen de handen ineenslaan en samenwerken. Niet even, maar de komende vier jaar.

Doelstellingen op de verschillende genoemde gebieden zijn:

- Bij vrijetijdsbestedingen waarbij het gebruik van genotmiddelen een rol speelt wordt het gebruik daarvan beperkt;
- Draagvlak bewerkstelligen voor striktere wettelijke regels en strakkere handhaving;
- De lokale samenleving breed betrekken bij de ontwikkeling en uitvoering van de acties om een optimale invloed uit te oefenen op het verantwoord gebruik van genotmiddelen door jongeren;
- Ouders/opvoeders zijn bekend met de gevolgen van het gebruik van genotmiddelen. Zij zijn in staat om hun kinderen voor te lichten en kennen het belang van een goed voorbeeld;
- Er is/wordt een breed, structureel en samenhangend voorlichtingsaanbod ontwikkeld over werking en gevolgen van genotmiddelen als tabak, alcohol en drugs. Jongeren kennen niet alleen de werking en de gevolgen, maar zijn ook op de hoogte van de druk van de omgeving en zich bewust van de mogelijkheid om keuzes te maken.

Hierna zullen we thematisch per programma kort ingaan op de activiteiten die worden ondernomen.

### 3.2 Een gezonde inwoner

Om een gezonde leefstijl van de inwoners te bevorderen staat gedragsgerichte gezondheidsbevordering centraal. We willen daarom gezond gedrag bevorderen en een ongezonde leefstijl tegengaan.<sup>5</sup>

- **Alcohol**

- a. Preventie

Vroegtijdige herkenning en diagnostiek van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid is van belang, omdat behandeling in een vroeg stadium de beste kansen heeft. Er zijn zeer veel factoren van invloed op het gebruik en het ontwikkelen van misbruik en afhankelijkheid. Lokaal gaan we op het gebied van preventie het volgende doen:

- alcoholpreventie op scholen;
- alcoholpreventie in het uitgaansleven;
- projecten voor kinderen van verslaafde ouders;
- opvoedingsondersteuning aan gezinnen al dan niet met een alcoholproblematiek;

---

<sup>5</sup> Bij het aanpakken van gezondheidsproblemen zullen we rekening houden met een aanpak afgestemd op de verschillende doelgroepen. Ouderen gaan wij bijvoorbeeld anders benaderen dan jongeren.

- het bevorderen dat vrijwilligers van sportkantines, jeugd- en jongerenwerk etc. de verplichte training instructie verantwoord alcoholgebruik gaan volgen.

De belangrijkste doelgroepen voor preventie zijn:

- kinderen die nog niet drinken (voorkomen is beter dan genezen);
- binge<sup>6</sup> drinkende jongeren. Bij dit drinkpatroon lopen jongeren een verhoogde kans om chronische lichamelijke klachten en een alcoholverslaving te ontwikkelen.
- volwassenen en jong volwassenen met beginnende klachten. Deze drinkers zijn klachten aan het ontwikkelen maar hebben nog geen volledige alcoholverslaving ontwikkeld.

Actoren die betrokken zijn bij preventie ten aanzien van dit thema zijn de GGD, Stichting Balans, sportverenigingen, horecaondernemers etc.

#### b. Tegengaan overmatig gebruik

Van overmatig alcoholgebruik wordt gesproken als mannen meer dan 3 glazen alcohol per dag nuttigen en voor vrouwen geldt 2 glazen. Vijftien procent van de inwoners van onze gemeente drinkt 4-5 glazen alcohol per dag. Zowel jongeren tussen de 15 en 24 als ouderen boven de 65 jaar drinken gemiddeld 1,4 glas alcohol per dag. Mensen tussen de 45 en 65 jaar halen gemiddeld 1,6 glas per dag.<sup>7</sup> Om het overmatig drinken tegen te gaan wordt naast voorlichting ingezet op maatregelen die te maken hebben met de omgeving. Op deze plaats wordt dan ook verwezen naar programma 2.

### • **Bewegen**

#### a. Preventie

Te weinig bewegen, verkeerd eten en overgewicht hebben een relatie met elkaar. Het hebben van overgewicht gaat gepaard met risico's. Hierbij kan gedacht worden aan cardiovasculaire aandoeningen, type 2 diabetes, psychosociale klachten en klachten aan het bewegingsapparaat. Wanneer we kijken naar overgewicht bij kinderen dan zien we een toename van prevalentie van overgewicht. Kinderen met overgewicht hebben een grotere kans om op volwassen leeftijd ook overgewicht te hebben. De leefstijl is de belangrijkste oorzaak van overgewicht bij kinderen. Op jonge leeftijd is het gewicht van kinderen nog goed bij te sturen. Via de invalshoek van jeugdgezondheidszorg (JGZ) willen we deze problematiek aanpakken. Bij preventie in dit kader wordt gedacht aan:

- consulten door arts/verpleegkundigen;
- interventie gericht op ouders;
- folders voor ouders;
- voorlichting over voeding en beweging;
- werkboekjes voor ouders en kinderen;

Actoren die betrokken zijn bij preventie ten aanzien van dit thema zijn de GGD, Stichting Balans, Amant, sportverenigingen etc.

#### b. Bevorderen van bewegen

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) gaat voor volwassenen uit van dertig minuten per dag matig intensief bewegen gedurende tenminste vijf dagen per week. Voor de jeugd geldt dat zij dagelijks minimaal een uur matig intensieve lichamelijke activiteit dienen te verrichten. De individuele motivatie speelt een belangrijke rol bij de keuze om wel of niet mee te doen aan sport- en bewegingsactiviteiten. Naast de motivatie speelt de beschikbaarheid van activiteiten en voorzieningen een rol. Via het breedtesportproject wordt bijvoorbeeld ingezet op de kennismaking met allerlei sport- en bewegingsactiviteiten voor jong en oud (bijv. Kies je Sport en GALM). Voor de jeugd is er Fit Today Kids. Dit is een speciale sportclub voor kinderen met overgewicht in de leeftijd van 5 t/m 7 jaar. Iedere week wordt er gratis gesport onder deskundige begeleiding van een leerkracht bewegingsonderwijs. Het gaat hier om een uitbreiding op een eerder programma van de GGD, Amant, SRO en Agis Zorgverzekeringen. Ook willen we ouders bewust maken van de mogelijkheden en verantwoordelijkheden die zij hebben om hun kinderen te stimuleren tot meer sporten en bewegen. Zij moeten het goede voorbeeld geven, aanmoedigen, regels stellen etc.

#### *Overgewicht: méér dan bewegen*

Meer bewegen helpt bij het terugdringen van overgewicht. Er zijn echter meer factoren die een invloed hebben op overgewicht. Zo ligt één van de oorzaken voor het ontstaan van overgewicht in erfelijke factoren. Verder is

<sup>6</sup> Binge drinken is het af en toe in korte tijd een grote hoeveelheid alcohol drinken (6 glazen of meer). Het heeft risico's op het gebied van schade voor organen, kans op black-out, stijging van de bloeddruk en alcoholvergiftiging.

<sup>7</sup> Bron: CBS, 2007



de leefstijl van belang: ongezonde voeding, veel zittende activiteiten en het gebruik van alcohol spelen ook een rol. Deze aspecten hebben ook een relatie met omgevingsfactoren. De aanwezigheid van snackbars in de buurt van scholen en sportverenigingen is vaak niet bevorderlijk voor het nuttigen van gezonde voeding. Na roken (zie hieronder) levert overgewicht procentueel gezien de grootste bijdrage aan de ziektelast. In Soest heeft 45% van de volwassenen te maken met overgewicht. Ook bij kinderen komt overgewicht steeds vaker voor. Landelijk heeft 1 op 5 à 6 kinderen te maken met overgewicht. In Soest heeft 1 op de 10 kinderen te maken met overgewicht. Als de stijgende lijn zich voortzet zal de kans op hartinfarcten bij volwassenen stijgen en zullen er meer diabetespatiënten (type II) komen. Via bijvoorbeeld scholen willen we aandacht schenken aan overgewicht, de gevolgen van overgewicht en het belang van goede voeding (en ontbijten). Voor volwassenen willen we, met behulp van huisartsen, een adequate verwijzing realiseren naar diëtisten. We willen hiermee er naar streven dat het aantal jeugdigen met overgewicht daalt en het aantal volwassenen met overgewicht minimaal gelijk blijft.

- **Roken**

- a. Preventie

Roken is verantwoordelijk voor jaarlijks meer dan 20.000 sterfgevallen in Nederland.<sup>8</sup> Rook-gerelateerde ziekten, zoals longkanker en COPD,<sup>9</sup> zullen bij mannen toenemen met 12 procent (35.000 extra gevallen) en bij vrouwen 30 procent (52.000 extra gevallen).<sup>10</sup> Mensen beginnen steeds vroeger met roken. In 2006 was de gemiddelde leeftijd dat men hun eerste sigaret opstak 14,9 jaar. Voorlichting over de gevaren van roken is zeer belangrijk. In dit kader wordt 'meegelif' op landelijke campagnes omtrent dit onderwerp. Landelijke campagnes krijgen een regionale c.q. gemeentelijke vertaling door de GGD en Stichting Balans.

- b. Tegengaan en verminderen van roken

Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen in de voorlichting over de gevaren van roken en kunnen een bijdrage leveren in het stoppen met roken. Voor huisartsen zijn effectieve interventies hiervoor ontwikkeld. Een stopadvies van de huisarts is effectief. Toch krijgt landelijk maar 13% van de rokers per jaar een advies van de huisarts. Als gemeente willen wij er aan bijdragen dat de bekendheid over de rol van de huisarts gaat toenemen en dat meer rokers een advies van de huisarts krijgen. Daarnaast zijn er specifieke campagnes van o.a. de GGD en Stichting Balans op dit terrein. Ook zorgverzekeraars bieden cursussen op dit terrein. Zo biedt de GGD tweemaal per jaar een training stoppen met roken aan (Pakje Kans!).



- **Psychosociale problematiek**

- a. Preventie

Bij psychosociale problemen gaat het om twee soorten problemen die met elkaar samenhangen. Het gaat hierbij om problemen die te maken hebben met gevoelens en gedachten (psychische problemen) en problemen die te maken hebben met andere mensen of instanties (sociale problemen). Depressieproblemen maken een aanzienlijk deel uit van deze problemen. Depressie wordt gekenmerkt door een sombere stemming en interesseverlies. De stoornis gaat gepaard met aanzienlijke functionele beperkingen. Pubers zijn erg gevoelig voor depressieve problemen. Depressies en het belang om iemand te zijn, maken ze kwetsbaar voor sombere gedachten en negatief zelfgevoel, dat tot zelfmoordgedachten zou kunnen leiden. Vroegsignalering is in dit kader van essentieel belang. Verder willen aandacht geven aan voorlichting en bewustwording.

- b. Tegengaan en verminderen psychosociale problematiek

Leraren, huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn enkele voorbeelden van de vele professionals die uit hoofde van hun functie regelmatig in contact komen met de doelgroepen. Zij zijn daarom bij uitstek in staat om depressieve klachten te signaleren en bespreekbaar te maken. Er zijn bijvoorbeeld leskisten op het gebied van pesten en trainingen ('Piep zei de muis') voor kinderen van ouders met psychische problemen. Wij willen hierin een pro-actieve houding aannemen.

### 3.3 Een gezonde omgeving

Mensen en dan met name kinderen zijn gevoelig voor de invloeden uit hun omgeving. Niet alleen partners, familieleden en vrienden kunnen invloed uitoefenen op iemands gedrag. Ook de plekken waar mensen zich begeven kunnen een invloed uitoefenen op hun gedrag. De (on)mogelijkheden die de school,

---

<sup>8</sup> Bron: Stivoro, 2007.

<sup>9</sup> Chronic Obstructive Pulmonary Disease; chronisch (langdurig) obstructieve longziekte.

<sup>10</sup> Bron: RIVM, 2007.

uitgaansgelegenheden, de buurt en de sportclub in de leefomgeving bieden spelen ook een rol. Mensen hebben in de eerste plaats zelf een verantwoordelijkheid als het gaat om het nuttigen van (overmatig) alcohol. Ouders zijn verantwoordelijk voor hun minderjarige kinderen. Als de jeugd uitgaat dan kunnen bijvoorbeeld horeca-ondernemers ook het nodige doen om het voor iedereen gezellig te houden.

### **Alcohol**

Drank en uitgaan lijken onlosmakelijk met elkaar verbonden te zijn. Dit leidt tot veel gezelligheid maar steeds vaker ook tot problemen. Stevig indrinken en binge-drinken zijn bekende fenomenen die nogal eens overlast veroorzaken. Dit maakt het uitgaanscircuit een interessante setting voor alcoholpreventie. Om overmatig drinken tegen te gaan zijn en worden met horecaondernemers zogenaamde horecaconvenanten afgesloten. Doelstelling hiervan is het waarborgen van een veilig en gezellig uitgaansklimaat in de gemeente Soest onder het motto: uitgaan is een feest. In dit kader stellen horecaondernemers huisregels op en kunnen er toegangsverboden ingesteld worden als mensen de regels overtreden. Jongeren die uitgaan drinken alcohol om zich lekkerder te voelen, makkelijker contact te maken of om 'erbij te willen horen'. Het drinken dient echter wel binnen kaders te blijven. Op deze plaats kan gerefereerd worden aan de Soester norm: gebruik van genotmiddelen (en vooral alcohol) onder jongeren alleen in de mate dat het voor iedereen leuk blijft. Niet alleen horecaondernemers hebben een verantwoordelijkheid. Ook schoolfeesten dienen voor iedereen een feest te zijn. Stichting Balans geeft voorlichtingslessen in de groepen 8 van het basisonderwijs over alcohol (roken en drugs). We zullen ons de komende jaren gaan inspannen om de doelstelling van een veilig en gezellig uitgaansklimaat te bewerkstelligen. Met sportverenigingen willen we afspraken maken over een alcoholvrije kantine, althans op die uren dat er jeugd aanwezig is in de sportkantines. Verder willen de overlast van alcohol in de openbare ruimte verminderen. Met handhavers zijn nadere afspraken gemaakt om de sociale veiligheid in de openbare ruimte te bevorderen en in goede staat te houden. De algemene plaatselijke verordening (APV) biedt hiertoe inmiddels handvatten. Met de handhavers willen we hierover in gesprek blijven.

### **Bewegen**

De aanwezigheid van groen en speelveldjes geeft kinderen de mogelijkheid om te bewegen. In dit verband kan verwezen worden naar het gemeentelijk speelruimteplan. Daar waar mogelijk zullen we de aanleg hiervan bevorderen. Voor mensen met een beperking die willen sporten, willen we een adequaat aanbod ontwikkelen.<sup>11</sup> Goede en veilige fietspaden kunnen leerlingen en werknemers stimuleren om op de fiets naar school respectievelijk werk te gaan.

### **Roken**

We willen werken aan rookvrije sportkantines. Wij zijn van mening dat de sportsector een gezonde omgeving moet bieden voor sporters en bezoekers; sport en roken verhouden zich moeizaam tot elkaar. De minister van Volksgezondheid heeft aangekondigd dat hij met ingang van 1 juli 2008 alle horeca-, cultuur- en sportvoorzieningen rookvrij wil maken. Hoewel de datum van 1 juli 2008 nog in de (verre) toekomst ligt en de Raad van State nog advies moet uitbrengen betreffende het besluit, willen we betrokken partijen over dit voornemen informeren zodat zij zich tijdig kunnen voorbereiden op dit besluit.

### **Psychosociale problematiek**

Psychische aandoeningen in zijn algemeenheid ontstaan grosso modo door een combinatie van aanleg, omgevingsfactoren, stress en leefstijl. Er is een duidelijke samenhang tussen de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Het ministerie van VW S heeft drie ambities op dit terrein geformuleerd:

- meer aandacht voor preventie waarbij preventie de vorm zal hebben van vroegherkenning en vroegbehandeling;
- psychische problemen moeten vroeg gesignaleerd kunnen worden op school, op het werk en in de wijk;
- opvoedondersteuning kan helpen om depressie, gedragsproblemen en opvoedingsproblemen bij ouders te voorkomen.

Als mensen problemen ervaren dan kunnen zij terecht bij het Algemeen maatschappelijk werk (AMW). Het AMW functioneert op het snijvlak van zorg en welzijn. Zij fungeert als eerste vangnet en voorkomt dat mensen onnodig gebruik moeten maken van gespecialiseerde/2<sup>e</sup> lijnszorg. Daarnaast zorgt zij ervoor cliënten zodanig te activeren dat ze weer volwaardig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Wij willen er voor zorgen dat AMW in de buurt aanwezig is zodat mensen hier een beroep om kunnen doen indien dit nodig is. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om problemen met geld, met een partner of dat iemand zich eenzaam voelt. Producten in dit kader zijn bijvoorbeeld schuldhulpverlening, spreekuur voor opvoedingsvragen en sociale vaardigheidstrainingen. In onze gemeente is Amant actief op dit terrein.

---

<sup>11</sup> Dit wordt in het Wmo-beleidsplan nader uitgewerkt.

## Overig

Aan het Dalplein 61 is een buitenpolikliniek gevestigd van Meander Medisch Centrum (MMC). Op dit moment beraden het MMC en de gemeente zich op de (on)mogelijkheden met betrekking tot invulling van de huidige locatie. Gestreefd wordt naar een (para)medische bestemming.

### 3.4 Een gezonde keten

Ketens spelen een belangrijke rol als het gaat om gezondheid(szorg). We kunnen bijvoorbeeld twee ketens onderscheiden, te weten de preventieketen en de curatieve keten. In de preventieketen betreft het instellingen als het onderwijs, jeugd- en jongerenwerk, algemeen maatschappelijk, de GGD, consultatiebureaus, etc. In de curatieve keten betreft het bijvoorbeeld bureau jeugdzorg. In het kader van jeugdgezondheidszorg (en jeugdbeleid in zijn algemeenheid) ligt momenteel de nadruk op het afstemmen en laten samenwerken van de verschillende hulp- en dienstverlenende instellingen om zo een sluitende keten te realiseren. Dit om te zorgen dat partijen niet langs elkaar heen werken en er geen kinderen tussen wal en schip belanden. Als gemeente erkennen wij het belang van sterke ketens. Wij willen streven naar een sterke keten om goede zorg voor de inwoners van onze gemeente te kunnen realiseren. Hierbij is het uitgangspunt dat zorgverleners op een integrale wijze goede zorg leveren, waarbij de individuele professionals eigen verantwoordelijkheid dragen in de uitoefening van deze zorg. In de preventieketen willen we onze regierol pakken. Afstemming en overleg met partijen is noodzakelijk om elkaar te blijven informeren over elkaars beleid en beleidsvoornemens en anderzijds is overleg nodig daar waar het de uitvoering betreft.

Scholen hebben bijvoorbeeld ook een verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van leerlingen. De gemeente werkt in het kader van de Lokaal Educatieve Agenda (LEA) samen met scholen op dit terrein. Vanuit ieders taak, rol en verantwoordelijkheid wordt gewerkt aan veiligheid rond de school, zorg in- en om de school, tegengaan van pesten etc.

Niet alleen met externe partijen is overleg en afstemming nodig. Ook binnen de gemeente. Dit in het kader van integraal gezondheidsbeleid. Bij integraal gezondheidsbeleid wordt het aspect gezondheid meegewogen in het beleid op andere terreinen dan volksgezondheid. Dit beleid heeft enerzijds tot doel te voorkomen dat activiteiten in andere sectoren schade toebrengen aan de gezondheid en anderzijds activiteiten in andere sectoren die de gezondheid bevorderen te versterken. De komende periode willen we dit bevorderen.

Voor een totaaloverzicht van de programma's en de activiteiten wordt verwezen naar bijlage 4.

## 4 FINANCIEN

Investeren in gezondheid kost geld. Veel taken laat de gemeente uitvoeren door de GGD zoals de medische milieukunde, de technische hygiënezorg, de infectieziektenbestrijding, de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar,<sup>12</sup> de monitoring en de epidemiologische analyses. De meeste kosten van de activiteiten van de drie onderscheiden programma's vallen of binnen de begroting van de GGD of binnen andere bestaande budgetten (bijvoorbeeld sport). Het budget voor de GGD Eemland is voor het jaar 2007 ruim €571.000,-. Voor 2008 is het budget circa € 611.000,-. We gaan er van uit dat de meeste kosten opgevangen kunnen worden binnen de bestaande budgetten. Van sommige ontwikkelingen zijn de financiële consequenties nog niet geheel helder, bijvoorbeeld de invoering van het EKD (elektronisch kinddossier) en de integratie van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar en 4-19 jaar. Gezondheidsgerelateerde activiteiten die in het kader van de Wmo aandacht verdienen worden meegenomen in het Wmo-budget.

Op voorhand is niet te voorzien welke ontwikkelingen zich de komende periode zich zullen voordoen op het gebied van gezondheid(szorg). Als gemeente willen we kunnen inspelen op actuele ontwikkelingen. Voor de komende 4 jaar willen we daarom ook vragen om een 'werkbudget' van €10.000,- dat het mogelijk maakt om in te springen op deze ontwikkelingen. Hierbij kan gedacht worden aan het (mede) financieren van incidentele projecten en activiteiten op maat die buiten de reguliere budgetten vallen. Goede initiatieven (bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes) van onder andere sportverenigingen, scholen en andere betrokken organisaties, die binnen de beleidskaders passen, kunnen op deze manier ondersteund worden. Het budget is als volgt opgebouwd:

---

<sup>12</sup> De Jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0-4 jaar wordt op dit moment uitgevoerd door de consultatiebureaus van de thuiszorgorganisaties van Amant.

- voorlichting	€3.000,-
- onderzoek	- 3.000,-
- (folder)materiaal	<u>- 4.000,-</u>
totaal	€10.000,-

## 5 BELEIDSKADERS

### 5.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is te lezen waar we ons de komende tijd oprichten. In dit hoofdstuk en de volgende hoofdstukken zullen we ingaan op de ‘achtergronden’ van de keuzes. Zo wordt het beleidskader geschetst waarbinnen lokaal gezondheidsbeleid tot stand komt (dit hoofdstuk), zullen we ingaan op de gezondheidssituatie van de inwoners van Soest (hoofdstuk 6) en zullen trends en ontwikkelingen op het gebied van gezondheid(szorg) worden besproken (hoofdstuk 7). In hoofdstuk 7 zullen we ook ingaan op het begrip gezond. Wat wordt hieronder verstaan en welke facetten kent het?

### 5.2 Openbare gezondheidszorg en collectieve preventie

In de complexe maatschappij van vandaag de dag zijn er diverse actoren die hun belangen en verantwoordelijkheden op het gebied van gezondheid(sbeleid) hebben. Mensen zelf hebben een belang bij hun eigen gezondheid en hebben hierin ook een eigen verantwoordelijkheid. De rol van de overheid bestaat er uit de juiste randvoorwaarden te creëren zodat de burger die verantwoordelijkheid ook kan nemen. Ook andere actoren als bijvoorbeeld het bedrijfsleven en scholen hebben vanuit hun eigen invalshoek belang bij vitale burgers in de rol van gezonde werknemers die minder verzuimen en productief zijn en fitte leerlingen die niet ondermaats presteren vanwege bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik of pestgedrag.

De overheid heeft de taak om zorg te dragen voor de gezondheid van haar burgers. Zo bepaalt artikel 22 van de grondwet dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Wanneer we het hebben over de gezondheid van alle burgers dan praten we over ‘volksgezondheid’. Volksgezondheid kan hier gedefinieerd worden als ‘de omvang en spreiding van ziekte, handicap en sterfte in een bevolking’. Simpel gezegd is het de optelsom van de gezondheidsproblemen van de individuen die samen de bevolking vormen. De overheid heeft in verschillende tijden met verschillende maatregelen zich actief ingezet om de gezondheid van burgers te verbeteren. De overheid bemoeit zich met de volksgezondheid vanuit de gedachte dat het hierbij om een maatschappelijk belang gaat. Ongezonder gedrag kost de samenleving veel geld. Vroeger lag het accent op het bestrijden van (infectie)ziekten. Tegenwoordig wordt gezondheid breder opgevat. Dit heeft dan ook gevolgen voor de invulling van de rol van de overheid op het gebied van publieke gezondheid. We zien dat de overheid nu ook een rol speelt op het terrein van ontmoedigen van alcoholgebruik, crisisopvang en opvoedondersteuning.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) geeft in zijn Volksgezondheids Toekomst Verkenning (VTV) één keer in de vier jaar een overzicht van de staat van de volksgezondheid. Het constateert in zijn uitgave van 2006 dat de Nederlandse man gemiddeld ruim 76 jaar leeft; voor de Nederlandse vrouw is dat bijna 81 jaar. Een verdubbeling van de levensverwachting in circa 150 jaar. De stijging van de levensverwachting en de verbetering van de volksgezondheid dient voor een groot deel toegeschreven te worden aan de investeringen van de overheid in de samenleving. Collectieve maatregelen als bijvoorbeeld het Rijks Vaccinatie Programma deed de levenverwachting stijgen. De samenleving is ook gaan investeren in gezondheid. De maatschappelijke omstandigheden werden beter. Bedrijven zorgden bijvoorbeeld voor goede en veilige werkomstandigheden voor hun werknemers en mensen zelf gingen investeren in hygiëne en gezonde leefgewoonten. Investeringen in de samenleving brachten ons gezondheidswinst. De samenleving kan in dit kader worden gezien als medicijn; investeringen in en door de samenleving brengen ons gezondheidswinst.

Openbare gezondheidszorg is een specifiek onderdeel van de gezondheidszorg. Gezondheidszorg is een algemeen begrip; alle handelingen om de gezondheid van een individu of een groep te verbeteren worden hiertoe gerekend. De openbare gezondheidszorg richt zich niet zozeer op individuele situaties, maar op collectieve en algemene omstandigheden waarin mensen leven. Omstandigheden die bijdragen aan ziekte, zoals ongezonde leefgewoonten en een ongezonde leef- en woonomgeving zijn onderwerp van aandacht. De openbare gezondheidszorg draagt daarmee bij aan het voorkómen dat mensen ziek worden. Een belangrijk doel van de openbare gezondheidszorg is collectieve preventie. Met collectieve preventie wordt gepoogd om bij zo veel mogelijk mensen een goede gezondheid te bewerkstelligen. De openbare gezondheidszorg is een

verantwoordelijkheid van de lokale en landelijke overheid. De taken van de rijksoverheid en de gemeentelijke overheid zijn geregeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Uitgangspunt is dat beleid en uitvoering van activiteiten om de gezondheid te bevorderen en te beschermen dicht bij de burger moet plaatsvinden, op basis van goede kennis over de gezondheidssituatie op lokaal niveau. De rijksoverheid stelt zich op als facilitator en de gemeentelijke overheid is verantwoordelijk voor de uitvoering; zodat goed kan worden ingespeeld op de lokale situatie.

### 5.3 WCPV

Tot 1989 lagen de taken op het gebied van collectieve preventie hoofdzakelijk bij de rijksoverheid. Daarna kwam er een gedeelde verantwoordelijkheid met de invoering van de WCPV (Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid) en de overheveling van preventietaken van de rijksoverheid naar gemeenten. Op basis van deze WCPV dienen gemeenten de totstandkoming en de continuïteit van collectieve preventie te bevorderen evenals de samenhang binnen de collectieve preventie. Collectieve preventie wordt omschreven als bewaking en bevordering van de volksgezondheid voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter. Gemeenten moeten ook zorgen voor de afstemming tussen de collectieve preventie en de (curatieve) gezondheidszorg. Daarnaast wijst de WCPV expliciet taken aan die de gemeente zelf moet uitvoeren: infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Bij infectieziekte-bestrijding gaat het onder meer om het bestrijden van overdraagbare aandoeningen en tuberculose-bestrijding. Taken op het terrein van de jeugdgezondheidszorg zijn bijvoorbeeld het verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren en het geven van voorlichting en advies. De WCPV bepaalt dat gemeenten ten behoeve van een aantal taken een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand dienen te houden. Artikel 3b van de wet bepaalt dat de gemeenteraad een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt voor 4 jaar waarin hij tenminste aangeeft hoe hij uitvoering wil geven aan de wettelijke gemeentelijke taken en de verplichting tot het instandhouden van een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). De nota moet onder andere ingaan op landelijke prioriteiten uit de rijkspreventienota en de gezondheidstoestand van de bevolking beschrijven met doelen op bevolkingsniveau en verbanden met andere beleidsterreinen.

Tabel 5.1: Schematische weergave WCPV-taken: De taken en rollen van de gemeente.

Bevorderen van afstemming	Uit (laten) voeren van (preventie)taken	Bevorderen facetbeleid
1 <sup>e</sup> lijnszorg ziekenhuis cure en care Cliëntenverenigingen Mantelzorg Geestelijke gezondheidszorg Algemeen maatschappelijk werk	1. Medische milieukunde 2. Technische hygiënezorg 3. Infectieziektebestrijding 4. Jeugdgezondheidszorg 5. Bevorderingstaken - zicht op lokale gezondheidstoestand - bewaken gezondheidsaspecten - preventieprogramma's en voorlichting	Onderwijs Sociale zaken Welzijn Ouderen Gehandicapten Jeugd Ruimtelijke ordening Openbare ruimte Verkeer Milieu Sport

#### Doorkijk

Op dit moment wordt gewerkt aan het opstellen van een nieuwe wet, de Wet publieke gezondheid. De nieuwe wet moet het mogelijk maken om sneller in te kunnen grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld Sars of vogelgriep. Verder gaat de wet regelen dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden om bij landelijke infectieziektecrises de regie te voeren. De nieuwe wet gaat de WCPV, de Infectieziektewet en de Quarantainewet vervangen.

### 5.4 Lokaal gezondheidsbeleid

Met de overheveling van taken zijn gemeenten regisseurs en beleidsbepalers op het gebied van de openbare gezondheidszorg geworden. Onder lokaal gezondheidsbeleid wordt verstaan de vorming en uitvoering van beleid dat gericht is op behoud en verbetering van de volksgezondheid en het wegwerken van gezondheidsverschillen van de bevolking in de gemeente. De algemene doelstelling op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid is het verbeteren van de gezondheid van de inwoners.

Omdat gezondheid met bijna alle facetten in de samenleving te maken heeft en raakvlakken heeft met veel beleidsvelden zijn in de vorige nota op het terrein van gezondheid een aantal uitgangspunten geformuleerd:

1. iedereen moet optimale kansen op gezondheid hebben;
2. gezondheidsverschillen tussen mensen moeten kleiner worden.

Ad. 1. De overheid speelt een rol in het creëren van goede randvoorwaarden zodat de burger zelf zijn gezondheid kan invullen.

Ad. 2. Door onder andere sociaal-economische verschillen lopen sommige mensen meer gezondheidsrisico's dan anderen. Voor de gemeente ligt hier een belangrijke taak en rol weggelegd.

Het domein van het lokale gezondheidsbeleid is in de vorige nota ingekaderd tot:

- preventieve taken;
- de gemeentelijke beleidstaken die afstemming vragen met de curatieve sector en de GGZ (zoals ziekenhuisvoorzieningen en hygiëne);
- de zorg voor doelgroepen (zoals ouderen en jongeren);
- het verslavingsbeleid, de maatschappelijke opvang en het maatschappelijk werk. Met de komst van de Wmo zijn veel taken en verantwoordelijkheden op dit gebied overgegaan naar deze nieuwe wet. Goede afstemming met de Wmo is daarom een pre.

## 6 GEZONDHEIDSSITUATIE SOESTERS

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we op basis van (epidemiologisch) onderzoek en gezondheidsprofielen van de GGD<sup>13</sup> ingaan op de gezondheidssituatie van de inwoners van Soest. In de bijlagen zijn in dit kader relevante tabellen opgenomen. Ten aanzien van de gezondheidssituatie van de bevolking zullen we de volgende indeling hanteren:

- algemeen
- jeugd;
- volwassenen;
- ouderen.

### 6.2 Algemeen

In totaal wonen in Soest nu ruim 45.300 inwoners. Samen vormen zij circa 19.000 huishoudens. In onze gemeente wonen verhoudingsgewijs meer senioren dan in andere gemeenten van de provincie Utrecht. Daarentegen ligt het tempo van vergrijzing minder hoog. De prognoses voor de bevolking van Soest duiden erop dat Soest steeds ouder lijkt te worden. Een doorkijk naar het jaar 2020 laat zien dat het aantal kleine huishoudens van 55 jaar en ouder toeneemt. Dit verschijnsel doet zich niet alleen in Soest voor maar is een landelijke tendens (individualisering). Het is een gegeven dat naarmate mensen ouder worden in zijn algemeenheid de vraag naar zorg stijgt. Kijkend naar de levensverwachting van de inwoners van de regio Eemland dan is deze vergelijkbaar met Nederland als geheel.

Tabel 6.1: Gemeente Soest. Verdeling bevolking naar leeftijdscategorieën.

<b>Categorie</b>	<b>Percentage</b>
0-17 jaar	22,5
17-60 jaar	55,5
60 + jaar	22,0

Bron: Gemeentelijk statistisch jaarboek, 2006.

### 6.3 Jeugd

Uit onderzoek<sup>14</sup> blijkt dat de Soester jeugd het ten opzichte van de jeugd in naburige gemeenten het relatief goed doet. Zoomen we echter dieper in dan zien we dat er wel een aantal aandachtspunten zijn. Zo heeft 10% van de

<sup>13</sup> Bron: Gezondheidsprofielen voor de gemeenten in de regio Eemland 2007, Bouwstenen voor gezondheidsbeleid, GGD, 2007.

<sup>14</sup> Bron: Gezondheid van de jeugd in Soest, Prestatiegegevens en bevindingen van de jeugdgezondheidszorg in het schooljaar 2005-2006, GGD, 2006.

schoolgaande Soester jeugd te maken met overgewicht (inclusief obesitas). Gemiddeld heeft 21% van de schoolgaande jeugd in Soest te maken met psychosociale problemen. Hierbij gaat het om een breed scala aan problemen waarvan externaliserende en internaliserende problemen het meest gesignaleerd worden. Het percentage leerlingen dat aan sport doet neemt af naarmate men ouder wordt. Door leerlingen van klas 2 van het voortgezet onderwijs (vo) wordt in vergelijking met het regionale gemiddelde minder vaak buitengespeeld. De meerderheid van de schoolgaande kinderen voldoet aan de landelijke beweegnorm. Toch beweegt 20 tot 34% onvoldoende. Het percentage kinderen in klas 2 vo dat 2 uur of meer per dag tv-kijkt en/of computert is in Soest hoger dan het regionale gemiddelde. Gevraagd naar het rookgedrag van leerlingen van klas 2 en 4 van het vo dan blijkt dat 22% de afgelopen maand gerookt heeft. In Nederland ligt dit cijfer op 40% en het gemiddelde in de regio Eemland is 27%. Elf procent van de leerlingen van klas 2 en 4 (vo) rookt dagelijks. Van deze leerlingen geeft 64% aan afgelopen maand alcohol gedronken te hebben gedronken (NL: 44%). Jongeren beginnen op jonge leeftijd al met drinken. Van de hoogste groepen van het basisonderwijs heeft bijna tweederde al eens alcohol gedronken, in klas 2 van het voortgezet onderwijs is dit percentage gestegen naar 85% en in klas 4 91%. Met name onder meisje is het alcoholgebruik toegenomen. Tenslotte kan nog vermeld worden dat bijna tweederde van de leerlingen van de bovenbouw van het basisonderwijs niet dagelijks fruit eet.

## 6.4 Volwassenen

Bij volwassenen ontwikkelt een aantal leefstijlfactoren (roken, overmatig alcoholgebruik en de consumptie van te veel verzadigd vet) zich gunstiger, in tegenstelling tot bij jongeren. In Soest rookt 26% van de volwassenen. Het gemiddelde in de regio is 27% en landelijk rookt ongeveer één op de drie mensen. In onze gemeente wordt verhoudingsgewijs meer alcohol gedronken dan in omliggende gemeenten. Vijftien procent van de inwoners van onze gemeente drinkt 4-5 glazen alcohol per dag op 5 of meer dagen per week of 6 of meer glazen per dag op 3-4 dagen per week. In de regio ligt dit percentage op 13. Van de volwassenen heeft 45% te maken met overgewicht. Vijftien procent van de volwassenen geeft aan depressieve klachten te hebben (regio: 17%) en 6% geeft aan zich (zeer) ernstig eenzaam te voelen (regio: 7%). Negenenvijftig procent van de Soesters heeft tenminste één chronische ziekte (regio: 56%). Bijna 1 op de 4 Soesters geeft aan problemen of moeilijkheden op het gebied van financiën te ervaren. Dit percentage is vergelijkbaar met de regio. Onze gemeente wijkt ongunstig af als we kijken naar huiselijk geweld. In Soest geeft 18% aan ooit huiselijk geweld ten opzichte van zichzelf of een gezinslid te hebben meegemaakt. Het regionale gemiddelde ligt op 15%.

Als we kijken naar de volwassenen dan zien we dat zij met bijna dezelfde gezondheidsproblemen worden geconfronteerd als de jeugd. Het adagium 'goed voorbeeld doet goed volgen' lijkt treffend in dit kader.

## 6.5 Ouderen

Op dit moment hebben we geen actuele, representatieve cijfers voor de groep ouderen. De GGD voert op dit moment een onderzoek uit naar de gezondheid en gezondheidsbeleving van ouderen. De verwachting is dat de uitkomsten begin 2008 beschikbaar zijn. Aan de hand van deze uitkomsten zullen we nader beleid maken.

### *Gezondheidsforum*

Op 12 juli 2007 vond er onder leiding van de GGD een gezondheidsforum plaats. Betrokken partijen op het gebied van gezondheid (szorg) waren voor deze bijeenkomst uitgenodigd. Het verslag van dit forum is als bijlage opgenomen. Op deze plaats wordt volstaan met het vermelden van de top 3 van aandachtspunten per onderwerp zoals die naar voren kwam tijdens het forum.

Tabel 6.2: Uitkomsten Gezondheidsforum

<b>Jeugd</b>	<b>Volwassenen &amp; ouderen</b>	<b>Overig</b>
1. alcoholgebruik	1. psychosociale problematiek	1. gemeentelijke afstemming
2. psychosociale problematiek	2. opvoedondersteuning	2. zorgwoningen
3. overgewicht	3. schuldhulpverlening	3. consultatiebureau ouderen

### *Inwoners van Soest gezonder dan 4 jaar geleden?*

Wat kunnen we zeggen als we de gezondheidssituatie van nu vergelijken met die van een paar geleden. Zijn de inwoners gezonder of juist ongezonder geworden? Een belemmerende factor in deze is dat de GGD nog maar vrij recent is begonnen met het uitgebreid monitoren van de gezondheid van de jeugd, volwassenen en ouderen. Voor volwassenen waren er ten tijde van de vorige nota nog geen adequate gegevens. In 2004 is de eerste peiling uitgevoerd. Voor ouderen kwamen de gegevens in de vorige nota uit de seniorenmonitor 1999 en voor de jeugd uit het scholierenonderzoek 1995. Deze onderzoeken bevatten niet die indicatoren die recente onderzoeken wel

zijn opgenomen. Dit maakt een goede vergelijking dan ook niet mogelijk. We kunnen dan ook geen wetenschappelijk gefundeerde uitspraken doen op de vraag of de inwoners van Soest gezonder zijn geworden. De huidige gezondheidsmonitors van de GGD maakt het wel mogelijk om dit in de toekomst te kunnen doen.

## 7 WAT IS GEZONDHEID?

### 7.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is de gemeentelijke gezondheidsagenda voor de jaren 2008-2011 aan bod gekomen. In dit hoofdstuk zullen we ingaan op het begrip gezondheid, gezondheidsfactoren (determinanten genoemd) en zullen we enkele relevante ontwikkelingen en trends op het gebied gezondheid(szorg) aanstippen. Deze ontwikkelingen en trends zijn niet alleen van belang voor het beleid dat de rijksoverheid voert c.q. dient te voeren, ze zijn ook van belang voor het gemeentelijk beleid. Vandaar dat dit hoofdstuk hier aandacht aan besteedt. Zo zullen we zien dat de visie van de toenmalige Canadese minister Lalonde van 1974 nog steeds actueel is. Lalonde stelde dat de staat van de volksgezondheid niet alleen of in hoofdzaak bepaald wordt door de beschikbaarheid van artsen en medische voorzieningen. Het peil van de volksgezondheid kan worden verhoogd door het verbeteren van de omgeving, het terugdringen van gezondheidsrisico's die mensen zelf nemen en door het vergroten van onze kennis over het menselijk lichaam.

### 7.2 Definitie gezondheid

Gezondheid is een begrip dat vele associaties oproept. Het begrip 'gezondheid' is een medisch begrip en is van toepassing op het individu. Aan het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw zien we een moderne gezondheidszorg die over vele mogelijkheden beschikt. Op het gebied van volksgezondheid zijn met name in de vorige eeuw aanzienlijke verbeteringen gerealiseerd. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan behandelmethoden. Ieder tijdsperiode kent zijn eigen uitdagingen. Keuzes in het verleden hebben de Nederlandse samenleving een toenemende welvaart gebracht. Deze toegenomen welvaart plaatst ons wel voor nieuwe vraagstukken op dit gebied. Overgewicht bij een groot deel van de bevolking is bijvoorbeeld een punt dat aandacht verdient. Gezien wordt ook dat er gezondheidsproblemen zijn die veeleer een aanpak vragen die buiten de directe werkingssfeer van de gezondheidszorg liggen: de leefwijze en de sociale omgeving van mensen. Met preventie (vroegtijdig signaleren) en gedragsbeïnvloeding kan gezondheidswinst worden behaald. Voorlichting wordt een steeds belangrijker beleidsinstrument. Zo is er nog veel winst te behalen als mensen gezonder zouden eten en hun leefstijl zouden aanpassen door meer te gaan bewegen. De gezondheidsbeleving van mensen gaat een steeds belangrijkere rol spelen. In dit kader is het belangrijk om na te denken over de invulling van de individuele verantwoordelijkheid. Waar begint/eindigt de verantwoordelijk van de overheid en begint/eindigt die van de burger?

*Gezondheid: een maatschappelijke kernwaarde*

Gezondheid is een randvoorwaarde voor het functioneren in onze samenleving en het behoud en het ontwikkelen van onze welvaart. Gezond zijn en gezond blijven is niet voor iedereen vanzelfsprekend en vraagt voortdurende aandacht en actie. Gezonde burgers dragen bij aan de vitaliteit van de samenleving. De opvatting over gezondheid verschilt per levensfase. Jongeren zien gezondheid meer als goed in je vel zitten, fit zijn en energie hebben. Bij ouderen staat goed functioneren ondanks kwalen voorop. De World Health Organization (WHO) definieert gezondheid als 'een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en is niet alleen van toepassing op de afwezigheid van ziekte of een handicap'.

**Gezondheid is het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.**

Gezondheid wordt bepaald door allerlei verschillende factoren (determinanten). Gezondheid heeft voor een belangrijk deel te maken met je goed voelen, lekker in je vel zitten. Gezondheidsbeleving zegt iets over het oordeel dat mensen hebben over hun eigen gezondheid. Hoe mensen hun gezondheid beleven beïnvloedt hun gedrag. Bij gezondheidsbeleid wordt vaak uitgegaan van de indeling die geïntroduceerd is door de voormalige Canadese minister Marc Lalonde. Hij stelt dat gemeenten hun gezondheidsbeleid kunnen inzetten op gedrag/leefstijl, fysieke omgeving, sociale omgeving en gezondheidszorg (zie bijlage 1). Iedere factor zorgt voor een bepaald accent en tezamen bepalen ze uiteindelijk de kwaliteit. Het bevorderen van 'de gezondheid' is dan ook complex. Op verschillende terreinen dient er tegelijkertijd ingezet te worden. Leefstijlfactoren die van invloed zijn op de gezondheid zijn bijvoorbeeld bewegen, roken en het drinken van alcohol. De woonomgeving is ook van invloed op iemands gezondheid. Het ervaren van overlast en het hebben van gevoelens van



onveiligheid beïnvloeden de gezondheid negatief. Ook de beschikbaarheid van het zorgaanbod (bijvoorbeeld werkdruk huisartsen) en zorgvoorzieningen (bijvoorbeeld thuiszorg) spelen een rol als het gaat om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Daarnaast zijn er nog autonome ontwikkelingen zoals het geven dat we steeds ouder worden (de vergrijzing). Aan die ontwikkeling kunnen we als gemeente niks doen. Het enige wat we kunnen doen is zorgen dat de randvoorwaarden waaronder we oud worden zo optimaal mogelijk zijn. Voor een groot deel speelt de landelijke overheid ook een rol. Denk bijvoorbeeld aan de invoering van een rookverbod in de horeca. Burgers hebben zelf een belangrijke individuele verantwoordelijkheid en rol om zich gezond te voelen. Ziekte is in sommige gevallen te voorkomen; steeds meer wordt duidelijk dat ongezondheid - en dus ook gezondheid - een beïnvloedbare variabele is. Voorkomen is beter dan genezen. Lag vroeger de nadruk op het reduceren van sterfte, tegenwoordig ligt meer de nadruk op succesvol verouderen (de afwezigheid van ziekte). Veel mensen zeggen dat gezondheid een belangrijk goed is maar handelen hier niet altijd na. In dit kader kunnen we een tweetal paradoxen onderscheiden. De eerste paradox is dat gezond leven een individuele keuze is maar de kosten van ongezond leven voor rekening komen van de maatschappij. En de tweede paradox is wel weten maar niet doen. Veel mensen weten dat roken en overmatig alcoholgebruik slecht is voor de gezondheid maar desondanks roken en drinken ze toch. We zien dan ook dat veel mensen een holistisch gezondheidsbegrip aanhangen: men is niet gericht op de gezondheidsrisico's op de lange(re) termijn maar gericht op de beleving van welzijn in het hier en nu. Ongezonder gedrag staat niet op zichzelf maar hangt sterk samen met de sociale en fysieke omgeving waarin mensen opgroeien, naar school gaan, wonen, werken en recreëren. Daarom is de vrijheid om te kiezen voor gezond gedrag voor veel groepen nog beperkt.

Figuur 1: Verbeelding maatschappelijke invloeden op gezondheid<sup>15</sup>

Bevorderen van gezond gedrag vergt een intensieve en integrale aanpak. Die aanpak is niet alleen gericht op het individu maar ook op de omgeving. Hierbij moeten verschillende interventiemethoden tegelijkertijd worden ingezet. Iemand's gezondheid hangt niet alleen af van iemand's positie op de maatschappelijke ladder, maar ook van zijn etnische herkomst, zijn woonsituatie, zijn verkeersgedrag etc. Bovendien kan iemand's gezondheid niet alleen begrepen worden uit zijn leefsituatie op een bepaald moment maar ook invloeden uit het verleden spelen een rol. Het gaat om een complex geheel van (maatschappelijke) invloeden op de gezondheid.



Figuur 1, bekend als de regenboog, laat zien dat een breed scala van maatschappelijke omstandigheden de gezondheid beïnvloedt. Het gaat om sociale netwerken, opleiding, arbeid, cultuur etc. Uit deze 'regenboog' blijkt ook dat er omstandigheden zijn die het individuele niveau ontstijgen.

### 7.3 Wat is een gezonde leefstijl?

Gezond gedrag houdt twee dingen in: het afzweren van ongezonde gewoonten en meer dingen doen die gezond zijn. Het bevorderen van gezond gedrag kan nog veel gezondheidswinst opleveren. Deze winst wordt afgemeten aan de hand van verloren levensjaren door vroegtijdig overlijden, van verlies van kwaliteit van leven door ziekte en van de vermijdbare gezondheidsachterstanden van specifieke groepen zoals ouderen en mensen met een lage sociaaleconomische status. Er zijn zes ongezonde leefstijlen te benoemen. Dit zijn te weinig bewegen, roken, overmatig alcoholgebruik, ongezonde voeding, internetverslaving en te weinig ontspanning. Samen vormen zij de afkorting BRAVIO. Een gezonde leefstijl betekent in dit kader dat mensen meer moeten bewegen, moeten minderen of stoppen met roken, verantwoord omgaan met alcohol, letten op wat ze eten, het voorkomen van verslavingen en zorgen voor ontspanning op zijn tijd.

<sup>15</sup> Whitehead M en Dahlgren G. *Levelling up: a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool, 2006.

## 7.4 (Landelijke) trends en ontwikkelingen m.b.t. gezondheid(szorg)

De gezondheidssituatie van mensen en het (lokaal) gezondheidsbeleid worden beïnvloed door allerlei (maatschappelijke) ontwikkelingen en trends. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om demografische, sociaal-culturele, sociaal economische en technische ontwikkelingen. In deze paragraaf zullen we enkele van deze ontwikkelingen die zich op macroniveau afspelen - maar ook goed vertaalbaar zijn naar de Soester samenleving - beschrijven.

De gezondheid van mensen wordt bedreigd door nieuwe of oude bekende risico's. Er zijn paradoxale relaties tussen welvaart en gezondheid ontstaan: door toegenomen welvaart kan 'iedereen' zich ongezond leven veroorloven zoals roken, overmatig eten of drinken. De levensverwachting van de Nederlander stijgt nog altijd licht. Wij hebben een betere gezondheid en levensverwachting dan 100 jaar geleden. Maar enige relativering is wel op haar plaats. De geringe stijging van de levensverwachting wordt voor een groot deel veroorzaakt door ongezond gedrag en met name door roken. De stijging van de gemiddelde levensverwachting en het aantal jaren in goede gezondheid blijft in vergelijking met andere landen achter. Ons land had altijd een positie in de voorhoede als het om gezondheid gaat, de afgelopen jaren zijn we echter afgedaald naar de middenmoot.<sup>16</sup> Het huidige gedrag bepaalt voor een deel de gezondheid van de toekomst. En we zien dat gedrag niet onverdeeld gunstig is. Een aantal ontwikkelingen is hiervoor verantwoordelijk.

- Overgewicht is een snel groeiend probleem. De combinatie van minder bewegen in het dagelijks leven en meer en ongezonder eten zorgt voor 'Amerikaanse toestanden'. Overgewicht hangt samen met diabetes type 2, een verhoogde kans op hart- en vaatziekten en vroegtijdige sterfte. Het verschil in levensverwachting tussen een persoon met obesitas en een gezond gewicht is 4,5 jaar. Overgewicht en obesitas zijn verweven met de hedendaagse consumptie maatschappij.
- Ook wat alcoholgebruik betreft moet Nederland zich zorgen maken. De Nederlandse jeugd behoort tot de zware drinkers en voert de Europese ranglijst aan. Het drinken van alcohol kan tot (ernstige) sociale en gezondheidsschade leiden. Geschat wordt dat alcohol in Nederland zorgt voor een verlies van 141.200 voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren. Een epidemiologische studie<sup>17</sup> laat het volgende beeld van alcoholgebruik in Nederland zien:
  - 88,2% van de Nederlandse bevolking (16 t/m 69 jaar) drinkt alcohol;
  - 1 miljoen Nederlanders (10,3% van de Nederlandse bevolking van 16 t/m 69 jaar) zijn 'probleemdrinkers'; bij mannen is dit percentage ruim vier keer hoger dan bij vrouwen<sup>18</sup>
  - 1,1 miljoen Nederlanders (14,2% van de bevolking van 16 t/m 19 jaar) behoort tot de groep riskante gebruikers en binge-drinkers.<sup>19</sup>

Van de Nederlandse bevolking van 18-65 jaar lijden er 447 duizend aan alcoholmisbruik en 363 duizend aan alcoholafhankelijkheid.<sup>20</sup> Alcoholmisbruik heeft schadelijke gevolgen in de zin van fysiek gevaar, verwaarlozing van maatschappelijke verplichtingen, problemen met politie/justitie (alcoholgebruik in het verkeer) en interpersoonlijke problemen (huiselijk geweld, kindermishandeling, uitgaansgeweld en arbeidsverzuim). Alcohol kost de Nederlandse samenleving naar schatting 2,5 miljard euro. De kosten hebben betrekking op misdrijven en overtredingen, verslavings- en gezondheidszorg en productieverlies.<sup>21</sup> Door middel van preventie is de schade te beperken. Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid komen in alle lagen van de bevolking voor.

- Nederlandse volwassenen behoren tot de grootste rokers van Europa. Eén op de drie mensen van 15 jaar of ouder rookt.
- Een andere ontwikkeling is dat het gebruik van geneeskundige voorzieningen is gestegen. Met name een bezoek aan de tandarts, fysiotherapeut en het gebruik van geneesmiddelen steeg sterk. Hiervoor zijn een aantal verklaringen. De eerste is dat de toegang en beschikbaarheid van deze voorzieningen is verbeterd en beter toegankelijk is voor iedereen. Een andere verklaring is dat we minder gezond zijn en hierdoor meer een beroep op deze voorzieningen moeten doen.
- Wanneer we kijken naar de gezondheid van mensen over de afgelopen twintig jaar dan zien we bijvoorbeeld dat het gebruik van voorgeschreven medicijnen in de laatste decennia gestaag toegenomen is. In 2005 gebruikte 36,8 procent van de bevolking medicijnen.<sup>22</sup> Het gebruik van medicijnen die niet zijn

<sup>16</sup> Bron: RIVM, VTV-2006.

<sup>17</sup> Van Dijck & Knibbe, 2005.

<sup>18</sup> 16,8% vs. 4,2%.

<sup>19</sup> Zie voetnoot 6.

<sup>20</sup> Meijer et al, 2006.

<sup>21</sup> Bron: Trimbos Instituut, 2007.

<sup>22</sup> Bron: Gezondheid en zorg in cijfer, CBS, 2006.

voorgescreven is de laatste decennia veel sterker gestegen. In 2005 gebruikte 40,3 procent aspirines, slaap- en kalmeringsmiddelen zonder doktersvoorschrift.

- Ten aanzien van sociaal-economische gezondheidsverschillen kunnen we constateren dat er in Nederland grote verschillen zijn in de gezondheid tussen bevolkingsgroepen. Lager opgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld respectievelijk 4,9 jaar en 2,6 jaar korter dan hoog opgeleiden.<sup>23</sup>
- Een algemene ontwikkeling die zich de afgelopen jaren heeft ingezet en die de komende jaren zich zal voortzetten is de vergrijzing en ontgroening. Verder neemt het aantal éénouder- en eenpersoonshuishoudens en het aantal alleenstaanden toe. Mensen worden steeds ouder. Met het vergrijzen neemt ook het aantal mensen met een chronische aandoening flink toe. Dit geldt zowel voor somatische als psychische aandoeningen. Veel van de chronische ziekten zijn veroorzaakt of verergerd door een ongezonde leefstijl waaronder roken, te weinig bewegen en ongezond eten.
- Ingezette ontwikkelingen op het gebied van extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg zetten zich voort. Hiermee wordt bedoeld op de afbouw en ombouw van de grootschalige voorzieningen (ofwel de intramurale zorg) naar hulp- en zorgverlening aan huishoudens en personen in de thuissituatie. Er komen ook steeds meer kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk. Een integrale aanpak en inzet op wonen-welzijn-zorg wordt steeds belangrijker.
- De veranderende samenstelling van onze bevolking heeft gevolgen voor de volksgezondheid. Enerzijds komt dat door de positie van nieuwkomers in onze maatschappij. Zo is hun sociaal-economische status in termen van bijvoorbeeld inkomen en werkloosheid gemiddeld ongunstiger dan die van de autochtone bevolking. Ook de sociale exclusie kan hun gezondheid, bijvoorbeeld in termen van welbevinden, negatief beïnvloeden. Daarnaast zijn kenmerken die de verschillende allochtone groeperingen met zich meebrengen van belang. Zo verschillen zij aanzienlijk qua culturele gewoonten die vervolgens weer van invloed zijn op gezondheidsgerelateerd gedrag (bijvoorbeeld het hoge percentage rokers onder Turkse mannen). Verder kan een genetisch bepaalde verhoogde vatbaarheid voor bepaalde ziekten, zoals suikerziekte, een rol spelen. Daarnaast is er een verschil in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen.
- De levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is toegenomen. Het aantal te verwachten levensjaren zonder ziekte of beperking is in ons land afgenomen.<sup>24</sup> Naarmate de leeftijd toeneemt, zijn er minder mensen gezond. Wat we op hoge leeftijd hebben gewonnen aan levensverwachting is hoofdzakelijk ongezonde levensverwachting. Deze ongezonde levensverwachting wordt vooral veroorzaakt door chronische lichamelijke aandoeningen en psychische stoornissen. Op de leeftijd van 75 jaar is minder dan 30 procent zonder beperkingen en op 85 jaar is dat ongeveer 10 procent. Het zal onder meer van de ontwikkeling van leefstijlfactoren afhangen in welke mate hierin verdere verbetering zal optreden. Er zullen steeds meer mensen zijn die na hun 75<sup>ste</sup> zorg nodig hebben. De vraag is of de overheid voor al deze mensen adequate zorgvoorzieningen kan blijven treffen of dat mensen zelf (financiële) voorbereidingen dienen te treffen voor hun eigen verzorging in de latere levensfase. Alles overziend zal vanaf 2020 de vraag naar medische en langdurende zorg (fors) stijgen als de babyboomers de leeftijd van 75 jaar hebben bereikt.

Huidige levensverwachting 65 jarigen:

	Man	Vrouw
Totale levensverwachting	15,3	19,2
Goed ervaren gezondheid	9,3	9,9
Zonder lichamelijke beperkingen	12,1	12,8
Goede geestelijke gezondheid	14,0	16,4

(cijfers 2005)

De vijf meest voorkomende complexe gezondheidsproblemen (Geriatric Giants genoemd) zijn vergeetachtigheid, dementie, doof- en slechthoortheid, incontinentie en mobiliteitsstoornissen.<sup>25</sup> De ontwikkeling van het aantal dementerenden zal voor een grotere zorgvraag zorgen. Het aantal mensen met dementie zal volgens analyses van de Gezondheidsraad oplopen van circa 175.000 nu tot ruim 280.000 in 2020 en circa 320.000 in 2030. Een beroep op mantelzorg zal toenemen.

- De kostenstijging in de gezondheidszorg vindt zowel plaats in de curatieve zorg als in de chronische zorg. Over een lange periode stijgen de uitgaven aan zorg door demografische ontwikkelingen en de aanbod van nieuwe technieken die kwalen beter behandelbaar maken (= prijs van de toename van de gezonde levensverwachting).
- Met betrekking tot onze levensstijl laten de ontwikkelingen geen eenduidig beeld zien. Terwijl het percentage zware rokers en drinkers daalde, steeg het percentage personen met (ernstig) overgewicht. Het percentage zwaardere drinkers (minstens een dag per week zes of meer glazen) is in de afgelopen twintig

<sup>23</sup> Bron: RIVM.

<sup>24</sup> Bron: Proefschrift R. Perenboom, TNO Preventie en Gezondheid, 2005.

<sup>25</sup> Per jaar worden ongeveer 15.000 ouderen opgenomen met een heupfractuur. De medische zorg verleend na valongevallen kost ruim 300 miljoen euro.

jaar met ongeveer 1 procent punt gedaald. In 2005 had bijna de helft van de volwassen bevolking te maken met overgewicht waarvan 11 procent van de bevolking te maken had met ernstig overgewicht. Dat mensen overgewicht hebben is een combinatie van ongezond eten en te weinig bewegen. Positief is dat steeds meer bedrijven investeren in de gezondheid van hun werknemers en een gezonde leefstijl van hun sociaal kapitaal bevorderen.

#### *Doorkijk 2020*

De verwachting is dat het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw de periode is van vergrijzing en chronische ziekte.<sup>26</sup> Hoewel de mens in 2020 gemiddeld ouder is, probeert men er jong uit te blijven zien met behulp van sport, vitaminepreparaten en plastische chirurgie. Hiernaast blijven mensen langer vrijgezel en raken traditionele samenlevingsvormen sterker op de achtergrond. Kinderen worden gepland in de levensloop. In de thuiszorg kan in 50 procent van de gevallen volstaan worden met het bijstaan van een handeling via een videoconferentie. De televisie is geïntegreerd met de computer en is met spraakherkenning te bedienen. Voor ouderen vervangt de nieuwe televisie de functie van mobiele telefoon. Met de komst van het EPD (elektronisch patiënten dossier) is het niet meer noodzakelijk om één huisarts te hebben. ICT wordt ingeschakeld om mensen te herinneren aan hun medicijngebruik. Verzekeraars sturen aan op gezond leefgedrag. Elk jaar als de polis verlengd dient te worden dient de verzekerde een aantal variabelen door te geven zoals rook- en sportgedrag. Ongezond gedrag heeft zijn prijskaartje. Hoe het zorglandschap van morgen er ook uit komt te zien, de gemeente probeert steeds in te spelen op actuele ontwikkelingen.

## **7.5 Landelijke speerpunten**

Kijkend naar ontwikkelingen beschreven in de vorige paragraaf kunnen we concluderen dat Nederlanders te veel roken, te veel alcohol drinken en te zwaar aan het worden zijn. Ongeveer 50% van de ziektelast wordt veroorzaakt door het eigen (ongezonde) gedrag van mensen. Een sterke inzet op gezond leven is dan ook noodzakelijk. In oktober 2006 heeft het kabinet in de preventienota ‘Kiezen voor gezond leven’ de landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid benoemd. In deze nota zijn vijf speerpunten benoemd die richting moeten geven aan de gemeentelijke prioriteiten. Deze punten zijn:

<u>Speerpunten</u>	<u>Doelstelling</u>
Roken	in 2010 nog maar 20% rokers (in 2006: 28%);
Alcoholgebruik	minder gebruik onder de 16 jaar en het percentage volwassen probleemdrinkers daalt van 10,3% (2006) naar 7,5% in 2010;
Overgewicht	percentage volwassenen met overgewicht mag niet stijgen en percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen;
Diabetes	in 2025 maximaal 15% meer patiënten en 65% van de diabetespatiënten heeft geen complicaties;
Depressie	meer mensen krijgen preventieve hulp.

---

<sup>26</sup> Bron: Niet van later zorg, ministerie VWS, 2007.

## 8 SLOTBESCHOUWING

In deze tweede nota lokaal gezondheidsbeleid zijn de kaders voor het gezondheidsbeleid voor de komende jaren weergegeven. Op basis van gezondheidsanalyses gemaakt door de GGD is de gezondheidssituatie van de inwoners van Soest in kaart gebracht. Wanneer we de gezondheidssituatie van onze inwoners vergelijken met die van omliggende gemeenten dan blijkt dat we relatief gezien niet ongunstig afwijken. Desalniettemin baat de leefstijl van sommige inwoners van onze gemeente zorgen. Als inwoners gezonder zouden gaan leven dan zou er nog veel gezondheidswinst geboekt kunnen worden. In deze nota hebben wij twee speerpunten benoemd die de komende jaren centraal zullen staan in ons beleid. Dit is (1) de leefstijl van mensen en (2) de psychische gezondheid en psychosociale problematiek. Hiermee sluiten we aan bij de speerpunten uit de Rijksnota Kiezen voor gezond leven. Vervolgens hebben we drie samenhangende programma's onderscheiden waarbinnen we aan de speerpunten willen werken. Deze programma's zijn Een gezonde inwoner, Een gezonde omgeving en Een gezonde keten. Gezondheidsbeleid is dynamisch en permanent in ontwikkeling. Door het beleid op hoofdlijnen voor de komende periode vast te leggen (met prioriteiten hierbinnen) blijft er ruimte over om in te spelen om (actuele) ontwikkelingen. Hiermee komen we tegemoet aan één van de aandachtspunten die door het veld is aangedragen tijdens het Gezondheidsforum. Op gezette tijden zullen we terug kijken om te zien of we op koers liggen (monitoren). De punten uit de vorige nota die nog steeds actueel zijn, zullen we bij het beleid voor de komende jaren betrekken. Het investeren in de samenleving is een goed medicijn gebleken om de gezondheid van inwoners te bevorderen. De komende jaren gaan we hiermee met betrokken partijen verder aan de slag.

## BIJLAGE 1: Determinanten gezondheid

*Natuur, groene ruimte*  
**Fysieke omgeving**  
*Binnen en buitenmilieu*



*Sociale  
voorzieningen*  
**Sociale omgeving**  
*School, gezin en*

**MENS en  
GEZONDHEID**



*gedrag*  
**Levensstijl**  
*levensloop*





## BIJLAGE 2: Gezondheidsprofielen

Tabel 1: Sterfte

Gemeente	Sterfte per 10.000 personen (2001-2004) <sup>1</sup>		
	Totale sterfte	Sterfte aan hart- en vaatziekten	Sterfte aan kanker
Amersfoort	87,78	27,77	23,35
Baarn	92,26	32,45	23,55
Bunschoten	83,36	31,40	19,98
Eemnes	63,86	20,94	19,14
Leusden	83,87	26,48	20,13
Soest	81,23	27,84	24,89
Woudenberg	70,66	25,01	19,34
Regio Eemland	85,19	28,17	22,87

<sup>1</sup>Bron: Nationale Atlas Volksgezondheid, RIVM

 Gemeente wijkt ongunstig af van landelijk gemiddelde

 Gemeente wijkt gunstig af van landelijk gemiddelde


Tabel 2: Roken jeugd (%)

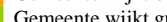
Gemeente	Wel eens gerookt <sup>2</sup>	Afgelopen maand gerookt <sup>3</sup>			Rookt dagelijks <sup>3</sup>		
		Groep 6/7/8 basis-onderwijs	Klas 2 voortgezet onderwijs	Klas 4 voortgezet onderwijs	Klas 2 + 4 voortgezet onderwijs	Klas 2 voortgezet onderwijs	Klas 4 voortgezet onderwijs
Amersfoort				25			14
Baarn				23			9
Bunschoten				44			22
Eemnes				-			15 <sup>4</sup>
Leusden				22			12
Soest				22			11
Woudenberg				-			-
Regio Eemland	8	18	34	27	8	18	13

<sup>2</sup>Bron: Schoolkracht 2006

<sup>3</sup>Bron: Jeugd en riskant gedrag 2003

<sup>4</sup>Bron: E-MOVO GGD Gooi & Vechtstreek, 2005

 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde

 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde



Tabel 3: Alcoholgebruik jeugd (%)

Gemeente	Wel eens alcohol gedronken <sup>2</sup>	Afgelopen maand alcohol gedronken <sup>3</sup>			Afgelopen maand dronken geweest <sup>3</sup>		
		Groep 6/7/8 basis-onderwijs	Klas 2 voortgezet onderwijs	Klas 4 voortgezet onderwijs	Klas 2 + 4 voortgezet onderwijs	Klas 2 voortgezet onderwijs	Klas 4 voortgezet onderwijs
Amersfoort				58			20
Baarn				68			18
Bunschoten				71			38
Eemnes				50 <sup>4</sup>			30 <sup>4</sup>
Leusden				71			26
Soest				64			22
Woudenberg				-			-
Regio Eemland	63	50	78	65	14	34	24

<sup>2</sup>Bron: Schoolkracht 2006

<sup>3</sup>Bron: Jeugd en riskant gedrag 2003

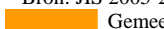

<sup>4</sup>Bron: E-MOVO GGD Gooi & Vechtstreek, 2005

 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 4: Overgewicht jeugd (%)

Gemeente	Overgewicht (inclusief obesitas) <sup>5</sup>		
	Groep 2 basis-onderwijs	Groep 7 basis-onderwijs	Klas 2 voortgezet onderwijs
Amersfoort	9	13	11
Baarn	10	15	8
Bunschoten	10	18	13
Eemnes	9	19	-
Leusden	6	12	9
Soest	8	12	9
Woudenberg	14	10	6
Regio Eemland	9	14	10

<sup>5</sup>Bron: JIS 2005-2006

 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde





Tabel 5: Voeding en beweging jeugd (%)

Gemeente	Eet niet dagelijks fruit <sup>2</sup>	Niet dagelijks ontbijten <sup>5</sup>			Voldoet niet aan beweegnorm <sup>5</sup>		
		Groep 6/7/8 basis-onderwijs	Groep 2 basis-onderwijs	Groep 7 basis-onderwijs	Klas 2 voortgezet onderwijs	Groep 2 basis-onderwijs	Groep 7 basis-onderwijs
Amersfoort		6	12	23	30	15	26
Baarn		3	8	12	28	24	52
Bunschoten		3	6	66	20	8	12
Eemnes		5	27	-	10	15	-
Leusden		3	3	29	-	9	8
Soest		7	5	14	34	20	40
Woudenberg		6	5	19	21	9	5
Regio Eemland	63	6	10	26	28	15	26

<sup>2</sup>Bron: Schoolkracht 2006

<sup>5</sup>Bron: JIS 2005-2006

	Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde
	Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 6: Psychosociale problematiek jeugd (%)

Gemeente	Gesignaleerde psychosociale problematiek <sup>5</sup>	Verwijzingen t.g.v. psychosociale problematiek <sup>5</sup>
	Groep 2 en 7 basis-onderwijs, klas 2 voortgezet onderwijs	Groep 2 en 7 basis-onderwijs, klas 2 voortgezet onderwijs
Amersfoort	22	2
Baarn	24	1
Bunschoten	17	1
Eemnes	19	-*
Leusden	19	1
Soest	21	3
Woudenberg	23	1
Regio Eemland	21	2

<sup>5</sup>Bron: JIS 2005-2006



\* gegevens niet te vergelijken vanwege pilot PGO groep 2



Soest	21	3
Woudenberg	23	1
Regio Eemland	21	2

<sup>5</sup>Bron: JIS 2005-2006

\* gegevens niet te vergelijken vanwege pilot

PGO groep 2



	Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde
	Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

	Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde
	Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 7: Roken volwassenen (%)



Gemeente	Roken <sup>6</sup>
Amersfoort	29
Baarn	27
Bunschoten	30
Eemnes	-
Leusden	23
Leusden	23
Soest	26
Woudenberg	24
Regio Eemland	27

<sup>6</sup>Bron: Gezondheidspeiling volwassenen 2004

 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Soest	26
Woudenberg	24
Regio Eemland	27



<sup>6</sup>Bron: Gezondheidspeiling volwassenen 2004


 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 8: Alcoholgebruik volwassenen (%)

Gemeente	Excessief drinken <sup>6</sup>	Onverantwoord drinken <sup>6</sup>
Amersfoort	12	28
Baarn	14	36
Bunschoten	16	31
Eemnes	-	-
Leusden	16	36
Soest	15	32
Woudenberg	14	29
Regio Eemland	13	30

<sup>6</sup>Bron: Gezondheidspeiling volwassenen 2004


 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 9: Overgewicht volwassenen (%)

Gemeente	Overgewicht (inclusief obesitas) <sup>6</sup>	Obesitas <sup>6</sup>
Amersfoort	42	9
Baarn	39	8
Bunschoten	49	11
Eemnes	-	-
Leusden	42	8
Soest	45	8
Woudenberg	50	11
Regio Eemland	43	9



<sup>6</sup>Bron: Gezondheidspeiling volwassenen 2004

 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 10: Voeding en beweging volwassenen (%)

Gemeente	Ontbijt minder dan 5 dagen per week <sup>6</sup>	Voldoet niet aan fruitnorm <sup>6</sup>	Voldoet niet aan beweegnorm <sup>6</sup>
Amersfoort	18	70	45
Baarn	15	68	43
Bunschoten	24	75	43
Eemnes	-	-	-
Leusden	18	63	42
Soest	14	66	43
Woudenberg	13	67	49
Regio Eemland	18	69	44



<sup>6</sup>Bron: Gezondheidspeiling volwassenen 2004

 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 11: Diabetes volwassenen (%)

Gemeente	Diabetes mellitus (zelf gerapporteerd) <sup>6</sup>
Amersfoort	3,0
Baarn	1,1
Bunschoten	3,3
Eemnes	-
Leusden	2,5
Soest	1,9
Woudenberg	3,5
Regio Eemland	2,5

<sup>6</sup>Bron: Gezondheidspeiling volwassenen 2004



 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 12: Depressie en eenzaamheid volwassenen (%)

Gemeente	Depressieve klachten <sup>6</sup>	Medicatie depressiviteit <sup>7</sup>	Eenzaamheid matig tot zeer ernstig <sup>6</sup>	Eenzaamheid (zeer) ernstig <sup>6</sup>
Amersfoort	18	8	32	8
Baarn	17	7	36	7
Bunschoten	16	7	26	5
Eemnes	-	6	-	-
Leusden	14	7	29	5
Soest	15	7	31	6
Woudenberg	15	7	27	3
Regio Eemland	17	8	31	7

<sup>6</sup>Bron: Gezondheidspeiling volwassenen 2004



<sup>7</sup>Bron: Agis Health Database, 2003

 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 13: Chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen (%)

Gemeente	Tenminste één chronische ziekte <sup>6</sup>	Lichamelijke beperking <sup>6</sup>
Amersfoort	56	10
Baarn	61	12
Bunschoten	56	13
Eemnes	-	-
Leusden	53	5
Soest	59	7
Woudenberg	55	10
Regio Eemland	56	9



<sup>6</sup>Bron: Gezondheidspeiling volwassenen 2004

 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde

Tabel 14: Problemen met financiën en ooit huiselijk geweld meegemaakt (%)

Gemeente	Heeft problemen of moeilijkheden op het gebied van financiën <sup>6</sup>	Heeft ooit huiselijk geweld t.o.v. zichzelf of gezinslid meegemaakt <sup>6</sup>
Amersfoort	25	15
Baarn	23	15
Bunschoten	17	14
Eemnes	-	-
Leusden	18	13
Soest	23	18
Woudenberg	21	15
Regio Eemland	23	15

<sup>6</sup>Bron: Gezondheidspeiling volwassenen 2004

 Gemeente wijkt ongunstig af van regionaal gemiddelde  
 Gemeente wijkt gunstig af van regionaal gemiddelde


Tabel 15: Meldingsplichtige infectieziekten 2005 (aantal)

Gemeente	Totaal aantal meldingsplichtige infectieziekten (2005)
Amersfoort	86
Baarn	6
Bunschoten	1
Eemnes	5
Leusden	37
Soest	30
Woudenberg	19
Eemland	184

Tabel 16: Vaccinatiegraad (RVP) (%)

Gemeente	BMR	BMR
	14 maanden (2005) <sup>1</sup>	9 jarigen (2005) <sup>1</sup>
Amersfoort	97	98
Baarn	97	98
Bunschoten	99	98
Eemnes	97	100
Leusden	95	99
Soest	96	97
Woudenberg	87	96
Nederland	96	98

<sup>1</sup>Bron: (Nationale Atlas Volksgezondheid), RIVM/LVE

 Gemeente wijkt ongunstig af van landelijke norm (< 90%)

## **BIJLAGE 3: Verslag Gezondheidsforum**

### **Verslag Gezondheidsforum gemeente Soest 12 juli 2007**

Aanwezigen: mevr. E. Beeker (Cliëntenbelang Wmo Soest), dhr. H. Henselmans (RIAGG Amersfoort e.o.), mevr. M. Nolson (gemeente Soest), mevr. M. van Zal (gemeente Soest), mevr. E. Hamaker (gemeente Soest), dhr. H. Riesmeijer (SPA Consult), dhr. A. Witlox (Zorgpalet Baarn-Soest), dhr. K. Vroom (Cliëntenbelang Wmo Soest), mevr. L. de Rond (gemeente Soest), dhr. S. Scheffer (Amant), mevr. I. Middeldorp (GGD), mevr. E. Hollman (GGD), dhr. W. Moggre (PCOB), mevr. A. Kransen (zelfstandig psycholoog), mevr. M. Rota (Sportservice Midden Nederland), mevr. G. Bangma (fysio Soesterberg), mevr. M. Kavelaars (GGD), dhr. B. Krijger (wethouder gemeente Soest), dhr. M. Ahlers (gemeente Soest).

---

#### **Opening wethouder**

Wethouder Krijger heet alleen van harte welkom. De wethouder licht toe dat de gemeente niet verantwoordelijk is voor gezondheid maar wel aangesproken kan worden op het gezondheidsbeleid dat zij voert. De gemeente geeft niet alleen uitvoering aan gezondheidsbeleid. Allerlei organisaties, instellingen e.d. spannen zich hiervoor ook dagelijks in. De mening van deze uitvoerders wordt door de gemeente belangrijk gevonden; samen wordt gewerkt aan een gezond Soest. Graag wil de gemeente deze middag de mening horen van deze andere actoren omtrent het gezondheidsbeleid. De uitkomsten van deze middag worden meegenomen bij het opstellen van de nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2008-2011.

#### **Presentaties**

Ter inleiding volgen twee presentaties. Deze presentaties zijn bij dit verslag gevoegd. Tijdens de eerste presentatie door de heer Ahlers (beleidsmedewerker bij de gemeente Soest) wordt ingegaan op het begrip gezondheid en wordt toegelicht dat er allerlei beïnvloedingsfactoren zijn die uiteindelijk 'de' gezondheid bepalen. Hierbij kan gedacht worden aan leefstijl, omgevingsfactoren, biologische factoren en voorzieningen. Hierna wordt kort teruggeblikt op de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid. Aan de hand van 10 actiepunten uit de vorige nota wordt geëvalueerd welke acties de gemeente in de periode 2003 tot heden heeft ondernomen en welke actiepunten gerealiseerd zijn. Hierna geeft mevrouw Hollman (functionaris gezondheidsbevordering bij de GGD) een presentatie. In haar presentatie gaat ze nader in op de gezondheidstoestand van de inwoners van Soest en op het gezondheidsprofiel dat gemaakt is voor Soest. De algemene conclusie is dat de inwoners van Soest vergeleken met de inwoners uit de regio het niet slecht doen maar dat er aandachtspunten zijn. Aandachtspunten t.a.v. de jeugd zijn het alcoholgebruik, overgewicht, te weinig bewegen en psychosociale problematiek. Aandachtspunten t.a.v. volwassenen zijn eveneens het alcoholgebruik en overgewicht en daarnaast huiselijk geweld en eenzaamheid.

#### **Stickers**

Na deze presentaties is er een korte pauze. In de pauze geven de aanwezigen door middel van gele stickers aan waar in hun ogen de gemeente de komende periode het accent op moet leggen. Er worden vier onderwerpen onderscheiden: 1) jeugd; 2) volwassenen en ouderen; 3) overig en 4) nota 2003-2006. Na de pauze wordt onder leiding van mevrouw Kavelaars (directeur GGD Eemland) verder gepraat over de aangebrachte stickers. De aanwezigen geven aan dat de doelgroep volwassenen en ouderen te breed is. Het gaat hier om twee aparte doelgroepen die ieder op een toegesneden manier benaderd dienen te worden. Ook de groep volwassenen wordt te breed bevonden. Wellicht zou er een 'subgroep' onderscheiden kunnen

worden, namelijk de groep volwassenen in de leeftijd van 55-65 jaar. Het stickeren levert de volgende 'top 3' op:

### **Jeugd**

1. alcoholgebruik
2. psychosociale problematiek
3. overgewicht

### **Volwassenen & ouderen**

1. psychosociale problematiek
2. opvoedondersteuning
3. schuldhulpverlening

### **Overig**

1. afstemming
2. zorgwoningen
3. consultatiebureau ouderen

### **Jeugd**

Tijdens de discussie over en de toelichting op de aangebrachte stickers wordt aangegeven dat ten aanzien van alcoholgebruik door jeugd de ouders hierin een belangrijke rol vervullen. Er dient meer voorlichting te komen over de negatieve aspecten van overmatig alcoholgebruik. Een harde confrontatie kan hierbij helpen. Een van de aanwezigen merkt op dat er een cultuur lijkt te ontstaan van 'vrijheid, blijheid' en dat we elkaar niet meer durven aanspreken op norm-overschrijdend gedrag. Het aanpakken van alcoholgebruik onder jeugd vereist een inzet op verschillende beleidsterreinen: veiligheid, openbare orde, jeugd, welzijn, handhaving etc. Verder dient er aandacht te zijn voor de groep 18-25 jarigen. Deze groep lijkt vergeten te worden. Mensen uit deze groep worden nogal eens geconfronteerd met psychische problemen. Zo kan ontevredenheid over de opleiding zorgen voor psychische klachten. Bij het maken van plannen dient aandacht te zijn voor de (achterliggende) oorzaken van problemen in plaats van de symptomen.



### **Volwassenen en ouderen**

Aangegeven wordt dat ten aanzien van opvoedondersteuning mensen vaak er niet voor durven uit te komen dat ze hulp nodig hebben voor de problemen waarmee ze geconfronteerd worden. Veel problemen blijven binnenshuis. Schulden hebben invloed op het gehele gezin. De ouders krijgen bijvoorbeeld psychische klachten en kinderen kunnen als gevolg van gebrek aan geld niet sporten. De groep van 55-65 jaar mag ook niet onderbelicht blijven. Deze groep wordt vaak geconfronteerd met afscheid van het werk, kinderen die het huis verlaten en een boel vrije tijd die ingevuld moet worden. Deze nieuwe uitdagingen kunnen voor psychische problemen zorgen. Ten aanzien van ouderen geeft de GGD aan dat de vragenlijsten voor het periodiek gezondheidsonderzoek zijn uitgezet en nu terug ontvangen worden om te worden geanalyseerd. De uitkomsten hiervan worden volgend jaar verwacht. De planning is dat de nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid in december a.s. door de gemeenteraad wordt vastgesteld. Op het beleid ten aanzien van ouderen wordt dan ook in een later stadium teruggekomen.

### **Overig**

Met betrekking tot deze restcategorie wordt aangegeven dat er aandacht dient te zijn voor de afstemming tussen de verschillende beleidsonderdelen. Maar ook tussen instellingen en de gemeente. Ingebracht wordt dat het voor sommige ouderen steeds moeilijker wordt om zelfstandig zich door een woud van regelingen en formulieren te loodsen. Veel ouderen leven ook met vragen op het gebied van gezondheid. Een consultatiebureau voor ouderen kan uitkomst bieden. Een dergelijk bureau dient breed opgezet te worden: ouderen dienen hier

terecht te kunnen met zowel gezondheidsaspecten als bijvoorbeeld hulp bij het invullen van formulieren. Aandacht dient er ook te zijn voor huiselijk geweld. De voordeur dient op een kier te worden gezet. Huiselijk geweld heeft een immense impact op slachtoffers en zij die er anderszins mee te maken krijgen.<sup>27</sup>

### **Discussiepunten**

Aan de hand van een viertal stellingen wordt nader ingezoomd op deelaspecten. Aan de hand van de stelling *'de gemeente dient de regierol op zich te nemen en nadrukkelijk te sturen'* geven de aanwezigen aan dat de gemeentelijke rol een faciliterende rol dient te zijn. De gemeente dient voorwaarde scheppend bezig te zijn en initiatieven uit de samenleving te stimuleren. Daar waar organisaties de handschoen niet oppakken, dient de gemeente dit te doen. Bijvoorbeeld ten aanzien van de toekomst van het Meander Medisch Centrum. Geopperd wordt nog om een platform Wonen-Welzijn-Zorg in het leven te roepen. Met de stelling *'burgers dienen meer eigen verantwoordelijkheid te nemen t.a.v. hun gezondheid'* is niet iedereen het mee eens. Iedereen is het er wel over eens dat de overheid (gemeente) dient te interveniëren in het leven van de burgers daar waar het ongezond gedrag betreft. Over het moment waarop en dat mate wordt verschillend gedacht. De stelling dat er *1 loket moet komen waar burgers terecht kunnen voor vragen op het gebied van gezondheid* krijgt bijval. Aan een dergelijk loket dient bekendheid te worden gegeven. Het hoeft niet perse noodzakelijk te zijn dat inwoners ook via de backoffice van dit loket geholpen worden; een goede doorverwijzing naar een instantie volstaat ook. De stelling dat er *een wijkgerichte aanpak moet komen* kan beter geformuleerd worden als er dient een gerichte wijkaanpak te komen. Bij het aanpakken van problemen in een wijk gaat het vaak niet alleen over gezondheidsproblemen maar ook over problemen met betrekking tot de leefbaarheid, armoede, welzijn etc. Het gaat hierbij over verschillende doelgroepen, thema's etc.

### **'Rondvraag'**

Als advies wordt door de aanwezigen meegegeven dat als de gemeente beleid gaat maken de gemeente niet 'alles moet dichttimmeren' maar dat er ruimte en financiële middelen dienen te zijn om in te spelen op (actuele) ontwikkelingen die op voorhand niet te voorzien waren of waar nu nog veel onduidelijkheid over bestaat. Verder wordt de suggestie gedaan om de uitnodiging voor een dergelijke middag eerder te verzenden. Meer achtergrond informatie wordt door de aanwezigen ook op prijs gesteld omdat het onderwerp gezondheid erg breed is en dit de mogelijkheid biedt om zich beter voor te bereiden op een bijeenkomst. Tenslotte wordt geadviseerd om tussentijds de plannen te evalueren en niet te wachten tot 2011: monitoren dient een continue proces te zijn.

### **Afsluiting**

Mevrouw Kavelaars constateert dat het een nuttige middag is geweest die bruikbare informatie heeft opgeleverd. De aanwezigen zien voor de gemeente wel degelijk een rol weggelegd als het om gezondheidsbeleid gaat: de gemeente dient te signaleren, te faciliteren en daar waar nodig te interveniëren. Gezondheid is een gedeelde verantwoordelijkheid. De weg die de gemeente met de vorige nota is ingeslagen kan gecontinueerd worden maar hier en daar een aanscherping. Er zijn een aantal risicogroepen die extra aandacht verdienen. Verder hebben de aanwezigen een aantal aandachtspunten benoemd waarmee de gemeente de komende periode aan de slag kan. Met een woord van dank aan een ieder wordt de bijeenkomst afgesloten.

---

<sup>27</sup> Uit onderzoek blijkt dat meer dan 40% van de Nederlandse bevolking ooit in zijn of haar leven te maken heeft gehad met huiselijk geweld. Van alle aangiften die bij politie binnenkomen is 20%-25% aangiften van huiselijk geweld. Bron: Binnen zonder kloppen, Omvang, aard en achtergrond van huiselijk geweld in 2005 op basis van landelijke politiecijfers, Advies en Onderzoeksgroep Beke, 2006.





## Bijlage 4: Overzicht doelen 2008-2011

### Programma Gezonde Inwoner

Thema	Wat willen we bereiken?	Wat gaan we doen?				
		2008	2009	2010	2011	Partners
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eind 2011 is het % volwassenen dat overmatig alcohol gebruikt gedaald met 5%;</li> <li>▪ Het alcoholgebruik onder de 16 jaar tegengaan;</li> <li>▪ Voorkomen van schadelijk alcoholgebruik onder uitgaanders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vergroten van de kennis en bewustwording van de ernst van de risico's door:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- voorlichting op scholen</li> <li>- publicaties in de media</li> </ul> </li> <li>- bijeenkomsten organiseren in het kader van 'Voorkom alcohol schade bij uw opgroeiende kind'</li> <li>- alcoholpreventie in het uitgaansleven</li> <li>- publiciteitcampagnes in het kader van het project 'Een gezond leven voor jongeren'</li> <li>▪ Aanbieden van opvoedondersteuning;</li> <li>▪ Inzet Leskisten GGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voorzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ Sportverenigingen</li> <li>▪ Horecaondernemers</li> <li>▪ Centrum Maliebaan</li> </ul>
Roken	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Het percentage scholieren dat rookt is niet gestegen in 2011;</li> <li>▪ Eind 2011 is het aantal volwassenen dat rookt met 5% verminderd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vergroten van de kennis en bewustwording van de ernst van de risico's door:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- voorlichting op scholen</li> <li>- publicaties in de media</li> <li>- groepstraining 'Pakje Kans' door GGD</li> </ul> </li> <li>▪ Publiciteitcampagnes in het kader van 'het project 'Een gezond leven voor jongeren'</li> <li>▪ Voorlichting op consultatiebureaus over de gevaren van (mee)roken voor ouders en kind(eren);</li> <li>▪ Inzet Leskisten GGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voorzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voorzetten acties 2008</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ Sportverenigingen</li> <li>▪ Horecaondernemers</li> </ul>

Bewegen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 2011 is het aantal inwoners dat voldoet aan de landelijke norm bewegen gestegen met 10%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Het doen van een Sportdeelnameonderzoek om inzicht te krijgen in de stand van zaken;</li> <li>▪ Aanhaken bij landelijke campagnes;</li> <li>▪ Inzet Leskisten GGD;</li> <li>▪ Het aanbieden van sportstimuleringsprogramma's als: <ul style="list-style-type: none"> <li>- GALM</li> <li>- WhoZnext</li> <li>- Kies je Sport</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Formuleren van beleid op basis van de uitkomsten van het Sportdeelnameonderzoek</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ Sportverenigingen</li> <li>▪ SWOS</li> </ul>
Overgewicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 2011 is het % volwassenen met (sterk) overgewicht niet gestegen;</li> <li>▪ In 2011 is het % jeugdigen met overgewicht gedaald;</li> <li>▪ Hebben meer mensen een gezonder eetpatroon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informatie via Consultatiebureau over gezonde voeding;</li> <li>▪ Informatie via de gemeentelijke pagina;</li> <li>▪ Aandacht op scholen</li> <li>▪ Ondersteunen van sportverenigingen;</li> <li>▪ Stimuleren van projecten zoals 'De gezonde kantine'</li> <li>▪ Inzet leskisten GGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ Sportverenigingen</li> </ul>
Psycho-sociale problematiekkkk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 2011 is het aantal inwoners dat psychosociale klachten heeft verminderd met 5%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aanbieden van weerbaarheidstrainingen voor jeugd;</li> <li>▪ Inzet ouderenadviseur op o.a. de terreinen eenzaamheid en depressie;</li> <li>▪ Vergroten bewustwording en kennis onder de bevolking over deze problematiek door informatie in lokale media;</li> <li>▪ Uitvoeren activiteiten in het kader van het Wmo-beleidsplan;</li> <li>▪ Inzet Leskisten GGD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aansluiten bij (landelijke) succesvol gebleken preventieve interventies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ SWOS</li> <li>▪ (O)GGZ-instellingen</li> </ul>

## Programma Gezonde Omgeving

Thema	Wat willen we bereiken?	Wat gaan we doen?				
		2008	2009	2010	2011	Partners
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Het bevorderen dat horecaondernemers deelnemen aan het convenant 'Veilig uitgaan'</li> <li>▪ In 2011 is het uitgaansgeweld als gevolg van alcohol niet gestegen;</li> <li>▪ Het bevorderen dat sportverenigingen een alcoholvrije kantine hebben op tijden dat er jeugd is;</li> <li>▪ In 2011 heeft 90% van de sportverenigingen hun vrijwilligers geschoold d.m.v. IVA (Instructie Verantwoord alcoholshenken)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesprekken voeren met horecaondernemers over ondertekenen convenant;</li> <li>▪ Controleren van horecaondernemers op naleving wet- en regelgeving;</li> <li>▪ Overleg met sportverenigingen en Sportfederatie over alcoholvrije kantines en IVA;</li> <li>▪ Nagaan van de mogelijkheden m.b.t. tegengaan/voorkomen van indrinken en het verkrijgen van alcoholische dranken door de jeugd;</li> <li>▪ Alcoholcontroles door politie;</li> <li>▪ Promoten van het 'armbandjessysteem';</li> <li>▪ Opstellen nota horecabeleid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> <li>▪ Vaststellen nieuwe horecanotitie;</li> <li>▪ Nagaan of een cultuurspecifiek aanbod van preventie nodig is voor allochtonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Aanstellen gemeentelijk toezichthouder Drank- en Horecawet<sup>28</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ Sportverenigingen</li> <li>▪ Horecaondernemers</li> <li>▪ Politie</li> <li>▪ Winkeliers</li> <li>▪ Centrum Maliebaan</li> </ul>
Roken	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 2011 zijn de sportkantines, horeca en cultuurinstellingen rookvrij</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sportverenigingen, horeca en cultuurinstellingen attenderen op invoering rookverbod per 1 juli 2008;</li> <li>▪ Het (laten) uitvoeren van controles op naleving Tabakswet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Sportverenigingen</li> <li>▪ Horecaondernemers</li> <li>▪ Voedsel- en Warenautoriteit</li> </ul>
Bewegen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 2011 wordt de omgeving zoveel mogelijk bewegingsvriendelijk ingericht;</li> <li>▪ Meer mensen gaan op de fiets naar het werk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bij de inrichting van de openbare ruimte als richtgetal 3% te reserveren voor speelruimte;</li> <li>▪ Aanbieden van activiteiten voortkomend uit de BOS-impuls;</li> <li>▪ Het stimuleren van beweegvriendelijke schoolpleinen;</li> <li>▪ Uitvoeren Fietsbalans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Bij plannen voor de leefomgeving gaan we de gezondheidseffecten van voorgenomen maatregelen in kaart brengen en deze mee laten wegen in beslissingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ Sportverenigingen</li> <li>▪ Horecaondernemers</li> <li>▪ SWOS</li> <li>▪ Werkgevers</li> </ul>

<sup>28</sup> Afhankelijk van de ervaringen met de landelijke pilot die hiermee gedaan wordt in 2008-2009.

Overgewicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bijdragen aan het inrichten van een gezonde omgeving zodat inwoners zo min mogelijk bloot gesteld worden aan risicovolle invloeden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Het realiseren van goede fiets- en wandelpaden (zie Gemeentelijk Verkeers- en vervoersplan);</li> <li>▪ Stimuleren van woon-werkverkeer op de fiets;</li> <li>▪ Via bestemmingsplannen weren van snackbars in de buurt van scholen;</li> <li>▪ Stimuleren van projecten als 'De gezonde kantine';</li> <li>▪ Optimaal gebruik van bestaande sportfaciliteiten;</li> <li>▪ Campagnes om het buitenspelen te promoten i.p.v. tv-kijken/computeren;</li> <li>▪ Zie ook acties onder bewegen;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ Sportverenigingen</li> <li>▪ Horecaondernemers</li> <li>▪ Werkgevers</li> </ul>
Psycho-sociale problematiekkkk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 2011 herkennen meer inwoners mensen met dergelijke klachten (vroegsignalering) en weten zij waar zij met hun melding terecht kunnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Via gemeentelijke media informatie geven over deze problematiek en waar mensen terecht kunnen met hun melding;</li> <li>▪ Inzetten op goede signaleringsmomenten zoals bij de (school)arts;</li> <li>▪ Inzetten van intermediairs;</li> <li>▪ In kaart brengen van de mogelijkheden voor een sociale kaart die mensen kan doorverwijzen naar hulpverleningsinstanties;</li> <li>▪ Overleg met scholen over het aanbieden van projecten m.b.t. pestgedrag</li> <li>▪ Via provinciaal overleg inzet op goede hulpinfrastructuur en opvang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ In kaart brengen van de mogelijkheden voor een wijkgerichte aanpak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ SWOS</li> </ul>

## Programma Gezonde Keten

Thema	Wat willen we bereiken?	Wat gaan we doen?				
		2008	2009	2010	2011	Partners
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanpak van alcoholoverlast via verschillende invalshoeken door het maken van afspraken en naleving hiervan door de betrokken partijen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In gezamenlijk overleg afspraken maken en afstemmen op het gebied van               <ul style="list-style-type: none"> <li>preventie</li> <li>curatie</li> <li>repressie</li> <li>nazorg</li> </ul> </li> <li>Uitvoeren acties Integraal Veiligheidsbeleid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voortzetten acties 2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voortzetten acties 2008;</li> <li>Evalueren acties 2008-2009</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voortzetten (herijkte) acties voorgaande jaren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GGD</li> <li>Balans</li> <li>Amant</li> <li>Scholen</li> <li>Sportverenigingen</li> <li>Horecaondernemers</li> <li>Politie</li> <li>Sportfederatie</li> <li>Bureau Halt</li> </ul>
Roken	<ul style="list-style-type: none"> <li>In 2011 is het aantal interventies door de huisartsen gestegen;</li> <li>Inwoners zijn meer bekend met cursussen van zorgverzekeraars</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communiceren dat de huisarts een rol kan spelen in het stoppen met roken;</li> <li>Meer onder de aandacht brengen van de cursussen die zorgverzekeraars aanbieden;</li> <li>Meeliften met landelijke campagnes en deze lokaal vertalen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voortzetten acties 2008;</li> <li>Sterke inzet op naleving rookverbod</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voortzetten acties voorgaande jaren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voortzetten acties voorgaande jaren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Huisartsen</li> <li>Zorgverzekeraars</li> <li>Voedsel- en Warenautoriteit</li> </ul>
Bewegen	<ul style="list-style-type: none"> <li>In 2011 is er een samenhangend aanbod voor ouderen i.h.k.v. MbvO (Meer Bewegen voor Ouderen);</li> <li>Inwoners zijn meer bekend met cursussen van Zorgverzekeraars</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Overleg met partijen hoe te komen tot een samenhangend aanbod voor ouderen;</li> <li>Ouderenadviseur adviseert ouderen inzake meer en verantwoord bewegen;</li> <li>Het onder de aandacht brengen van programma's die Zorgverzekeraars aanbieden op dit terrein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voortzetten acties 2008;</li> <li>Samen met zorg- en welzijnspartners ontwikkelen van activiteiten voor en met oudere wijkbewoners (participatie);<sup>29</sup></li> <li>Bevorderen van de samenwerking tussen gezondheidscentra, zorginstellingen, sportverenigingen, welzijnsinstellingen en zorgverzekeraars</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voortzetten acties voorgaande jaren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voortzetten acties voorgaande jaren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GGD</li> <li>Balans</li> <li>Amant</li> <li>Sportverenigingen</li> <li>SWOS</li> <li>SRO</li> <li>Zorgverzekeraars</li> <li>Gezondheidscentra</li> </ul>

<sup>29</sup> Deze actie is afhankelijk van de ontwikkelingen m.b.t. wijkgericht werken.

Overgewicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bij alle kinderen van 0-19 jaar die gezien worden door JGZ wordt overgewicht opgespoord én aangepakt</li> <li>▪ Het verbeteren van het toeleiden van mensen met overgewicht naar een gerichte interventie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bij gesignaleerde kinderen met overgewicht worden specifieke gezondheidsinterventies ingezet;</li> <li>▪ Bij elk contactmoment wordt een Elektronisch Kind Dossier (EKD) aangemaakt en bijgehouden;</li> <li>▪ Met behulp van huisartsen meer volwassenen met overgewicht doorverwijzen naar een diëtist;</li> <li>▪ Via gemeentelijke kanalen projecten op het gebied van overgewichtbestrijding onder de aandacht brengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Promoten van het Minimafonds waarop men een beroep kan doen om een bijdrage te krijgen in de kosten van lidmaatschap van een sportvereniging (max. € 80,- per jaar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties voorgaande jaren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties voorgaande jaren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ Sportverenigingen</li> <li>▪ Huisartsen</li> <li>▪ Zorgverzekeraars</li> <li>▪ JGZ</li> </ul>
Psycho-sociale problematiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Goede beschikbaarheid en toegang tot voorzieningen op dit terrein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maken van ketenafspraken met de gemeente Amersfoort;</li> <li>▪ Het leggen van verbindingen met andere terreinen daar waar het gaat om multiproblematiek;</li> <li>▪ Bestuurlijk en Ambtelijk Overleg in regioverband</li> <li>▪ Het creëren van een afgestemd aanbod voor een goede aanpak van huiselijk geweld in Eemland-Noord;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties 2008;</li> <li>▪ Afhankelijk van de uitkomsten van onderzoek GGD Amsterdam naar de psychische problemen en verstandelijke beperkingen bij allochtone jongeren, zelf dit ook onderzoeken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties voorgaande jaren;</li> <li>▪ Evaluatie project aanpak huiselijk geweld regio Eemland Noord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voortzetten acties voorgaande jaren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Balans</li> <li>▪ Amant</li> <li>▪ Scholen</li> <li>▪ OGGZ-instellingen</li> <li>▪ SWOS</li> <li>▪ JGZ-instellingen</li> </ul>
Gezondheidspeilingen GGD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzicht in de stand van de gezondheid van de bevolking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gezondheidspeiling jeugd basisonderwijs (Schoolkracht) bij een kwart van de scholen;</li> <li>▪ Resultaten Gezondheidspeiling jeugd voortgezet onderwijs (Schoolkracht) beschikbaar;</li> <li>▪ Registratie bevindingen jeugdartsen en – verpleegkundigen jaarlijks;</li> <li>▪ Ontwikkelen van jeugdpeiling 0-4 jarigen;</li> <li>▪ Peiling volwassenen;</li> <li>▪ Resultaten peiling senioren beschikbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gezondheidspeiling jeugd basisonderwijs (Schoolkracht) bij een kwart van de scholen;</li> <li>▪ Registratie bevindingen jeugdartsen en – verpleegkundigen jaarlijks;</li> <li>▪ Uitvoering jeugdpeiling 0-4 jarigen;</li> <li>▪ Uitkomsten peilingen volwassen beschikbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gezondheidspeiling jeugd basisonderwijs (Schoolkracht) bij een kwart van de scholen;</li> <li>▪ Registratie bevindingen jeugdartsen en – verpleegkundigen jaarlijks;</li> <li>▪ Uitkomsten jeugdpeiling 0-4 beschikbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gezondheidspeiling jeugd basisonderwijs (Schoolkracht) bij een kwart van de scholen;</li> <li>▪ Gezondheidspeiling jeugd voortgezet onderwijs;</li> <li>▪ Registratie bevindingen jeugdartsen en – verpleegkundigen jaarlijks;</li> <li>▪ Voorbereidingen nieuwe peiling volwassen in 2012</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GGD</li> <li>▪ Scholen</li> </ul>