

**Gezondheidsbeleid 2008 - 2011 Boekel, Landerd,  
Sint-Oedenrode, Uden en Veghel**

**Versie 29 oktober 2007**

#### Colofon

Nota Gezondheidsbeleid 2008 – 2011 Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel  
© 2008 Gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel. Auteursrecht  
voorbehouden. Bronvermelding verplicht.

De uitgave is telefonisch te bestellen bij de gemeenten:

Boekel	0492 – 326800
Landerd	0486 – 458135
Sint-Oedenrode	0413 – 481293
Uden	0413 – 281671
Veghel	0413 – 386474

## Voorwoord

Voor u ligt de nota gezondheidsbeleid 2008 - 2011 van de gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel. De nota is opgesteld onder verantwoordelijkheid van onze colleges tegen de achtergrond van de wettelijke verplichting voor gemeenten om een gemeentelijk volksgezondheidsbeleid vast te stellen. Als basis voor het beleidsplan 2008 - 2011 wordt het vastgestelde beleidsplan 2004 - 2007 gehanteerd. Parallel aan de werkzaamheden en actualisering van de vervolgnota lopen de voorbereidingen voor visieontwikkeling en beleidsplanning voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Uit praktisch oogpunt gaat de voorkeur uit naar een afzonderlijke nota gezondheidsbeleid, met daar waar nodig, een koppeling met het Wmo-beleid.

Belangrijk is dat de regio Uden/Veghel zich met betrekking tot de Wmo in eerste instantie zal richten op het formuleren van een gezamenlijke visie op hoofdlijnen en niet op een in concrete punten vertaald gezamenlijk welzijnsbreed beleidsplan. Uiteraard is het wel van belang om de koppeling tussen het Wmo-beleid en het gezondheidsbeleid duidelijk aan te geven in een afzonderlijke nota over gezondheidsbeleid 2008 - 2011. Beoogd wordt om de relatie tussen beide nota's te beschrijven en aan te geven welke effecten de uitvoering van het gezondheidsbeleid naar verwachting zal hebben met betrekking tot het Wmo-beleid.

Meer dan in de vorige planperiode het geval was zal nu het accent komen te liggen bij het uitvoeren van preventieve programma's. Om die reden is bij het schrijven van deze nota volstaan met het actualiseren van de tekst met de laatste ontwikkelingen. Alle aandacht kan zo verder bij het uitvoeringsprogramma komen te liggen.

## **Inhoudsopgave**

**Voorwoord**

**Samenvatting**

**Leeswijzer**

**Hoofdstuk 1 De gemeente en gezondheidsbeleid**

**Hoofdstuk 2 Maatschappelijke ontwikkelingen**

**Hoofdstuk 3 Gezondheidssituatie in de gemeenten**

**Hoofdstuk 4 De problematiek samengevat**

**Hoofdstuk 5 Van beleid tot uitvoering**

**Hoofdstuk 6 De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) in relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**

Bijlage 1 Activiteiten en ontwikkelingen in de uitvoeringsperiode nota gezondheidsbeleid 2008-2011

Bijlage 2 Lokale gezondheidsprofielen gemeenten regio Uden-Veghel

Bijlage 3 Huisartsenzorg

Bijlage 4 Integrale Jeugdgezondheidszorg

Bijlage 5 Overzicht activiteiten gemeentelijk minimabeleid per gemeente

Bijlage 6 Relevante wetgeving

Bijlage 7 Lijst gebruikte afkortingen en overzicht begrippen

Bijlage 8 Volksgezondheid en Collectieve Preventie

## **Samenvatting**

Bij het realiseren van de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid (2004-2007) is veel energie en tijd besteed aan onderzoek (intern en extern) en raadplegen van en communiceren met burgers, belangenbehartigers en professionele sleutelfiguren.

Aan de nota 2004-2007 was mede om die reden nog geen gezamenlijk activiteitenprogramma gekoppeld. Dat had ook te maken met de toenmalige onbekendheid met de mogelijkheden van programmatische preventie. Dit zijn programma's die gericht zijn op een groep personen met bepaalde risicokenmerken.

Met het beschikbaar komen van de nieuwe regionale en lokale cijfers uit de gezondheidsverkenningen is besloten om bij het maken van het nieuwe plan Lokaal gezondheidsbeleid ons vooral te richten op de doelgroepen jeugdigen en hun ouders. Jeugdigen kunnen door hun gedrag en leefstijl (ge)makkelijk in kwetsbare omstandigheden terecht komen. Het gevolg hiervan kan zijn dat kwetsbare jeugdigen uitgroeien tot kwetsbare burgers. Met de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ligt hier een belangrijke relatie tussen gemeentelijk gezondheidsbeleid en het beleid voor maatschappelijke participatie. Het stimuleren van gezond gedrag en de daarbij behorende gezonde leefstijl vergroot de kans dat jeugdigen zich ontwikkelen tot sterke burgers die voor zichzelf én voor anderen verantwoordelijk kunnen zijn en blijven.

Dit alles resulteert in de volgende aandachtspunten voor het maken en ontwikkelen van beleid voor de nota Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011:

1. **Bestrijden van vermijdbare gezondheidsrisico's door het bevorderen van een gezonde leefstijl.**  
Aandachtspunten zijn: alcoholgebruik, overgewicht, voeding en beweging bij jeugdigen alsmede het tegengaan van (mee)roken.
2. **Voorkomen en terugdringen van psychosociale problematiek**, met als specifiek aandachtspunt eenzaamheidspreventie, met name bij ouderen (zonder daarbij andere groepen uit te sluiten) en depressiepreventie in het algemeen. Dit laatste punt wordt op bredere schaal van Brabant-Noordoost nader uitgewerkt.
3. **Het bevorderen van en adequate jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen met daarbij specifieke aandacht voor het voorkomen en terugdringen van problemen bij de opvoeding en opgroeien. De ontwikkeling van een Centrum voor Jeugd en Gezin in de komende planperiode is hierbij mede speerpunt van beleid.**  
Uitwerking vindt mede plaats in het plaatselijke en regionale jeugdbeleid en ook binnen prestatieveld twee van de Wmo.
4. **Bevorderen van bereikbaarheid en toegankelijkheid van lokale en regionale gezondheids(zorg)voorzieningen** met, indien nodig, als aandachtspunten: zorgverlening van huisartsen, tandartsen, ziekenhuis Bernhoven, intramurale zorg en de ambulancezorg.

De aandachtspunten 1 en 2 zijn zeer actueel. Er kan zelfs gesteld worden, gezien de cijfers rondom gebruik en misbruik van alcohol, dat er op het niveau van de regio Uden-Veghel en zelfs op schaalgrootte van de Veiligheidsregio Brabant-Noord, behoefte bestaat om hoge prioriteit te bieden aan het terugdringen van het gebruik en misbruik van alcohol (en andere drugs) op jonge leeftijd (12 t/m 16 jarigen). Onder aandachtspunt 2 werken een aantal gemeenten al samen aan het ontwikkelen van eenzaamheidspreventie bij ouderen. De noodzaak tot depressiepreventie wordt momenteel nader in kaart gebracht op de schaal van de regio Brabant-Noordoost. Aandachtspunt 3 is in het kader van de huidige ontwikkelingen rondom de Centra voor Jeugd en Gezin actueel. Wat punt 4 betreft is rond de nieuwbouw van streekziekenhuis Bernhoven in Uden overleg gaande over de inrichting van een breder zorgsteunpunt in Veghel waarbinnen poliklinische en diagnostische voorzieningen een plek krijgen, naast (algemene aandacht voor) voorzieningen in het kader van wonen, zorg en

welzijn in alle vijf de gemeenten.

### **Waar willen we naartoe de komende planperiode?**

De aandacht en zwaartepunten uit afgelopen periode zijn opgenomen in bijlage 1 (Activiteiten uitvoeringsperiode regionale nota gezondheidsbeleid 2004-2007).

In de bijlage staat een overzicht en de ontwikkelingen van regionale en lokale activiteiten in de periode 2004-2007.

De gemeenten willen met de nota Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011 de focus leggen op beïnvloeding en de bevordering van een gezonde leefstijl vooral bij jeugdigen. Hierbij ligt de nadruk op het gebruik/misbruik van alcohol en andere genotmiddelen en (mee) roken en op (ernstig) overgewicht in combinatie met (te weinig) bewegen. Informatie over alcohol, voeding en bewegen bevordert de bewustwording en stimuleert een gezonde leefstijl en het gebruik van gezonde voeding en meer bewegen.

### **Uitvoering van overzichtelijke, herkenbare en effectieve programmalijnen**

Dit alles resulteert in de reeds genoemde aandachtspunten, met prioriteit voor gezamenlijk programma's alcoholpreventie en overgewicht en een programma voor depressiepreventie. Zie voor de aanzet tot een concrete uitwerking hoofdstuk 5 van deze nota.

Wat alcoholpreventie betreft zijn er al initiatieven ondernomen voor een gezamenlijk programma alcoholpreventie op de schaalgrootte van de 21 gemeenten in de Veiligheidsregio Brabant-Noord. Daarbij wordt ingezet op drie speerpunten: Educatie en publiek draagvlak, Preventie, Regelgeving en naleving.

Op het gebied van overgewicht zal een gezamenlijk preventieprogramma overgewicht 0-19-jarigen ontwikkeld worden. De in te zetten activiteiten kunnen per gemeente in de 5 gemeenten van de regio Uden-Veghel verschillend zijn en vinden plaats in nauwe relatie met samenwerkingspartners.

Voor wat betreft de mogelijkheid en de wenselijkheid van een programma depressiepreventie vindt momenteel een oriëntatie plaats op de schaal van de 14 gemeenten in Brabant-Noordoost.

### **Zwaartepunt op uitvoering**

De nadruk zal dus in de nota 2008-2011 liggen op de daadwerkelijke presentatie en uitvoering van preventieve activiteitenprogramma's. De noodzaak om in het kader van collectieve preventie aan programmatische preventie te doen wordt inmiddels algemeen onderschreven. Voor de uitvoering zullen over het algemeen de nodige middelen nog beschikbaar gesteld moeten worden. Voor een beperkt deel kan mogelijk gebruik gemaakt worden van de middelen die beschikbaar zijn binnen de lokale accenten bij het basispakket van de GGD Hart voor Brabant.

## **Leeswijzer**

In hoofdstuk 1 worden de achtergronden van gemeentelijk gezondheidsbeleid uiteengezet. Daarbij wordt vooral ingegaan op de wettelijke taken die de gemeenten hebben op grond van de Wcpv.

Hoofdstuk 2 besteedt aandacht aan de maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op het gezondheidsbeleid.

In hoofdstuk 3 worden de gegevens over de gezondheidssituatie in de gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel gepresenteerd aan de hand van de factoren van gezondheid.

Hoofdstuk 4 vat de problematiek samen en geeft de aandachtspunten aan voor de komende vier jaar.

Hoofdstuk 5 laat een aanzet zien voor de uitvoering van de aandachtspunten de komende jaren. Nadere uitwerking van de actiepunten vindt vervolgens plaats in het kader van de programmabegrotingen 2008/2009 en wordt geconcretiseerd in een na vaststelling van deze nota op te stellen uitvoeringsprogramma.

Hoofdstuk 6 tenslotte laat de relatie en effecten zien van lokaal gezondheidsbeleid binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning. Openbare gezondheidszorg en deelnemen aan het maatschappelijk leven liggen in elkaars verlengde. Daarom is het van belang de relatie, de raakvlakken tussen het Wmo-beleidsplan en deze regionale nota voor lokaal gezondheidsbeleid aan te geven en de beoogde effecten van de activiteiten uit deze nota lokaal gezondheidsbeleid op het Wmo-beleid te beschrijven.

De kernpunten van de nota kunt u overigens al lezen uit de koppen en de kaders. Om het leesgemak te vergroten krijgen aangehaalde bronnen en begripsbepalingen in de tekst een directe verwijzing naar de bijlage met tekstuele noten. In bijlage 7 zijn de begripsbepalingen nog eens bij elkaar gezet.

## Hoofdstuk 1 De gemeente en gezondheidsbeleid

### Inleiding

**Dit hoofdstuk zet de achtergronden van gemeentelijk gezondheidsbeleid uiteen. Vervolgens is er aandacht voor de wettelijke taken voor de gemeenten op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Daarna volgt een definitie van gezondheid en wordt aangegeven welke factoren van invloed zijn op de gezondheid van mensen. Het hoofdstuk sluit af met de doelstellingen van gemeentelijk gezondheidsbeleid.**

### Lokaal gezondheidsbeleid

De meeste mensen vinden een goede gezondheid het belangrijkste in hun leven. In de afgelopen decennia is onze gezondheidstoestand aanzienlijk verbeterd en nu is onze levensverwachting een van de hoogste ter wereld. Toch zijn er, ondanks de hoge levensverwachting en de kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg, bedreigingen voor de volksgezondheid. Zo wordt het aantal jaren dat Nederlanders in goede gezondheid doorbrengen niet groter en zijn de gezondheidsverschillen tussen mensen in gunstige en minder gunstige economische omstandigheden niet kleiner geworden. Bovendien laten veel mensen door gedrag en leefstijl zelf niet zien dat ze gezondheid echt belangrijk vinden. Dat is ook een van de belangrijkste drijfveren voor collectieve preventie<sup>1</sup>.

Gemeenten hebben van oudsher een belangrijke rol in het bevorderen van de volksgezondheid. Zo lag in de negentiende eeuw de nadruk op hygiëne en huisvesting om infectieziekten te voorkomen. In de twintigste eeuw is veel geïnvesteerd in ziektepreventie en gezondheidsvoorlichting. In de afgelopen jaren zijn de verantwoordelijkheden van de gemeenten groter geworden. De gemeentelijke taken op het gebied van de volksgezondheid zijn vastgelegd in een groot aantal wetten. De belangrijkste daarvan zijn vooral de Wcpv en daarnaast ook de Wmo (Openbare geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang).

### Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

De Wcpv verplicht de gemeente:

- Totstandkoming en de continuïteit van de collectieve preventie te bevorderen;
- Samenhang binnen de collectieve preventie te bevorderen;
- Onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg te bevorderen.

In juli 2002 heeft de Eerste Kamer ingestemd met een aanscherping van de wet met als doel meer helderheid te geven in de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen rijk en gemeenten. Hierna wordt aangegeven wat de gemeenten in ieder geval moeten doen en hoe de gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel hieraan vorm geven. Voordat daarop wordt ingegaan is het belangrijk aan te geven dat alle gemeenten in de regio Noordoost- en Midden-Brabant<sup>2</sup> op het gebied van openbare gezondheidszorg ervoor gekozen hebben samen te werken via een Gemeenschappelijke Regeling GGD Hart voor Brabant<sup>3</sup>. Uitgangspunten voor deze bestuurlijke structuur zijn:

- Gemeenten hebben op grond van de Wcpv de verantwoordelijkheid een GGD in stand te houden voor de uitvoering van (wettelijk voorgeschreven en afgesproken) taken in de openbare gezondheidszorg;
- Gemeenten hebben bij de uitvoering van hun verantwoordelijkheid voor preventie en acute zorg een regierol ten opzichte van de GGD; zij moeten als dat nodig is de GGD



direct kunnen aansturen. Gemeenten kunnen de GGD afzonderlijk aansturen, bijvoorbeeld vanuit de inhoud van het lokale gezondheidsbeleid. Zij kunnen dit ook samen doen, vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gezondheidssituatie;

- Binnen de structuur van de Gemeenschappelijke Regeling en vanuit de door de gemeenten geformuleerde inhoudelijke kaders functioneert de GGD als een zelfstandige, professionele organisatie. Dat wil zeggen dat het beheer van de organisatie geprofessionaliseerd is en dat het bestuur (= de gemeenten) bij het beheer op afstand functioneert.

De Wcpv onderscheidt rijkstaken en gemeentelijke taken<sup>4</sup>.

### **Rijkstaken**

- Bevorderen kwaliteit en doelmatigheid collectieve preventie
- Opstellen nota met landelijke prioriteiten voor collectieve preventie
- Toezicht houden op naleving wet (Inspectie voor de Gezondheidszorg)

### **Gemeentelijke taken**

- Gezondheidssituatie bevolking kennen
- Gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen bewaken
- Bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's
- Bevorderen van medisch-milieukundige zorg
- Bevorderen van technische hygiënezorg
- Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg
- Zorgen voor de uitvoering van infectieziektebestrijding
- Zorgen voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg
- Elke vier jaar een nieuwe nota maken
- Bevorderen van geestelijke gezondheidszorg (sinds 1 januari 2007 een taak vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo))

### **Rijkstaken**

Bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid van collectieve preventie.

Opstellen van een nota met landelijke prioriteiten voor de collectieve preventie.

Goede gezondheid is een groot goed in een samenleving. Wie langer gezond leeft heeft ook minder maatschappelijke ondersteuning en intensieve zorg nodig. Investeren in goede preventieve gezondheidszorg is dus van groot maatschappelijk belang. Het kabinet biedt met de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' conform de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) de landelijke prioriteiten voor de collectieve preventie aan voor de periode 2007-2010. De nota geeft richting aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. De aangegeven prioriteiten vloeien voort uit de gegevens over de gezondheid van de Nederlandse bevolking (Zorg voor gezondheid 2006, Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM). De overheid richt zich de komende vier jaar op vijf kernthema's (speerpunten) met daarbij de nadruk op gezond leven. Deze speerpunten zijn richtinggevend voor de prioriteiten in de gemeenten.

### **Kernthema's**

- Schadelijk alcoholgebruik/alcoholmisbruik
- Depressie
- Overgewicht (bewegen en voeding)
- Diabetespreventie

## **Gemeentelijke taken**

### *Inzicht krijgen in de gezondheidssituatie van de bevolking*

Eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, moeten op landelijk gelijkvormige wijze gegevens over de gezondheidssituatie verzameld en geanalyseerd worden. De GGD is hiervoor verantwoordelijk.

In deze nota is informatie opgenomen die de GGD Hart voor Brabant heeft verzameld over de gezondheidssituatie van de volgende doelgroepen:

- Jeugd, 0-11 jarigen (2005) en 12-18 jarigen (2003);
- Volwassenen, 19-65 jaar (2005);
- Ouderen, 65-plus (2004).

Samen met gegevens uit landelijke registraties zijn deze gegevens per gemeente samengevat in vijf afzonderlijke boekjes onder de titel 'Gezondheid telt!; kernboodschappen voor lokaal beleid'. In bijlage 2 zijn de lokale gezondheidsprofielen uit de boekjes van de vijf gemeenten in een schema naast elkaar gezet. Tevens is hier een lijst opgenomen van alle literatuur en bronnen die gebruikt zijn bij het verzamelen van de informatie.

### *Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen*

Gemeentelijk beleid op tal van terreinen (bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, wonen, welzijn, sociale zaken en onderwijs) bevat elementen die te maken hebben met gezondheidsbeleid. Expliciete aandacht voor het gezondheidsfacet moet, veel meer dan nu het geval is, deel uitmaken van het totale gemeentelijk beleid. Dit is een proces waarnaar de komende jaren de aandacht moet blijven uitgaan.

### *Bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding*

De gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel werken deze taak uit in deze regionale nota gezondheidsbeleid 2008–2011 (hoofdstukken 4 en 5) en leggen daarbij meteen de relatie naar het Wmo-beleid (hoofdstuk 6).

### *Bevorderen van medisch-milieukundige zorg*

De taken op dit terrein zijn via de Gemeenschappelijke Regeling opgedragen aan de GGD. Het gaat daarbij om het signaleren van ongewenste situaties, het geven van advies als er sprake is van risico's, vooral bij rampen of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek als er vermoedens of aanwijzingen zijn van situaties die bedreigend zijn voor de volksgezondheid. Specifieke milieuaspecten die de kwaliteit van de leefomgeving bepalen zijn lucht- en bodemkwaliteit, stank- en lawaai-overlast, veiligheid en de kwaliteit van de woonomgeving. In de volwassenenquête is een aantal vragen gesteld over de leefomgeving. Gevraagd is naar klachten over de woning, lawaai- en stankoverlast en veiligheid. De situatie in de gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel is beschreven in hoofdstuk 3.

### *Bevorderen van technische hygiënezorg.*

Volgens de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) dient de gemeente na te gaan waar een verhoogd risico bestaat op verspreiding van ziekmakende micro-organismen en stelt zij maatregelen voor om die risico's te minimaliseren en/of weg te nemen. De gemeente dient zich ervan te vergewissen dat in situaties waar een risico bestaat op verspreiding van infectieziekten gepaste maatregelen worden genomen.

Namens de gemeente onderhoudt de GGD een lijst van instellingen waar personen verblijven met een verminderde weerstand, van situaties waar groepen (tijdelijk) verblijven en van individuen die risicovolle handelingen uitvoeren of ondergaan.

Voorbeelden van instellingen waar groepen met een verhoogd risico verblijven zijn verpleeginstellingen, de gehandicaptenzorg, crisis opvang, kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en het (speciaal) onderwijs.

Voorbeelden van plaatsen waar risicosituaties kunnen ontstaan zijn sauna's, zwembaden, evenementen, recreatievoorzieningen, tatoeage- en piercingshops, seksinrichtingen, grootkeukens en gebouwen met een natte koeltoren.

Als uitgangspunt bij de beoordeling worden de risicoprofielen en protocollen van het Landelijke Centrum Hygiëne en Veiligheid en van de Werkgroep Infectiepreventie gehanteerd.

#### *Zorgen voor de uitvoering van infectieziektebestrijding*

Gemeenten moeten zorgen voor de bestrijding van algemene infectieziekten, tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids en zij moeten zorgen voor bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten. Daarbij hoort ook het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding. De gemeenten hebben deze taken via de Gemeenschappelijke Regeling opgedragen aan de GGD.

#### *Zorgen voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ)*

Sinds 1 januari 2003 zijn de gemeenten ook verantwoordelijk voor de JGZ van 0-4 jaar. Vanaf begin 2001 al werken alle gemeenten in het werkgebied van de GGD Hart voor Brabant, de drie thuiszorgorganisaties en de GGD samen om aan deze gemeentelijke verantwoordelijkheid invulling te geven. Een stuurgroep, die bestaat uit drie portefeuillehouders en de directeurs van de drie thuiszorginstellingen, waaronder de Stichting Thuiszorg Brabant Noordoost, en de GGD volgt de landelijke ontwikkelingen en doet voorstellen voor een regionale aanpak. Deze aanpak is vastgelegd in een convenant. Het beleid voor Integrale Jeugdgezondheidszorg bevat de volgende punten:

- Een visie op de openbare jeugdgezondheidszorg;
- Een visie op de huidige en toekomstige rollen van gemeenten, GGD en thuiszorg;
- Een visie op de zogenaamde verticale samenwerking, dat wil zeggen een naadloze aansluiting van 0 tot 4 jaar en van 4 tot 19 jaar;
- Een visie op de horizontale samenwerking, de relatie tussen jeugdgezondheidszorg, lokaal jeugdbeleid en openbare gezondheidszorg;
- De knelpunten (inhoudelijke, financiële en bestuurlijke) en voorstellen om deze op te lossen;
- Een plan van aanpak en een tijdspad.

#### *Vaststellen van een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid eenmaal per vier jaar*

De Wcpv schrijft voor dat de nota:

- Inzicht geeft in de gezondheidstoestand van de bevolking;
- Risico's aangeeft voor de totale bevolking of voor delen van de bevolking;
- Verbanden aangeeft met andere gemeentelijke terreinen;
- Voorstellen doet over de communicatie van het beleid;
- Aangeeft wat er gemeenteoverstijgend gebeurt;
- Een plan van aanpak bevat.

Naast de Wcpv zijn er nog veel andere wetten die voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid van belang zijn. Andere belangrijke wetten zijn de Gemeentewet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR), de Wet bijzondere opnemings psychiatrie (BOPZ), de

Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet. Een korte beschrijving van relevante wetgeving is opgenomen in bijlage 6. Bij veel van uit deze wetten voortvloeiende taken kan de gemeente verschillende rollen hebben, variërend van subsidiënt tot regievoerder.

### **Definitie van gezondheid**

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie is de definitie van gezondheid:

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

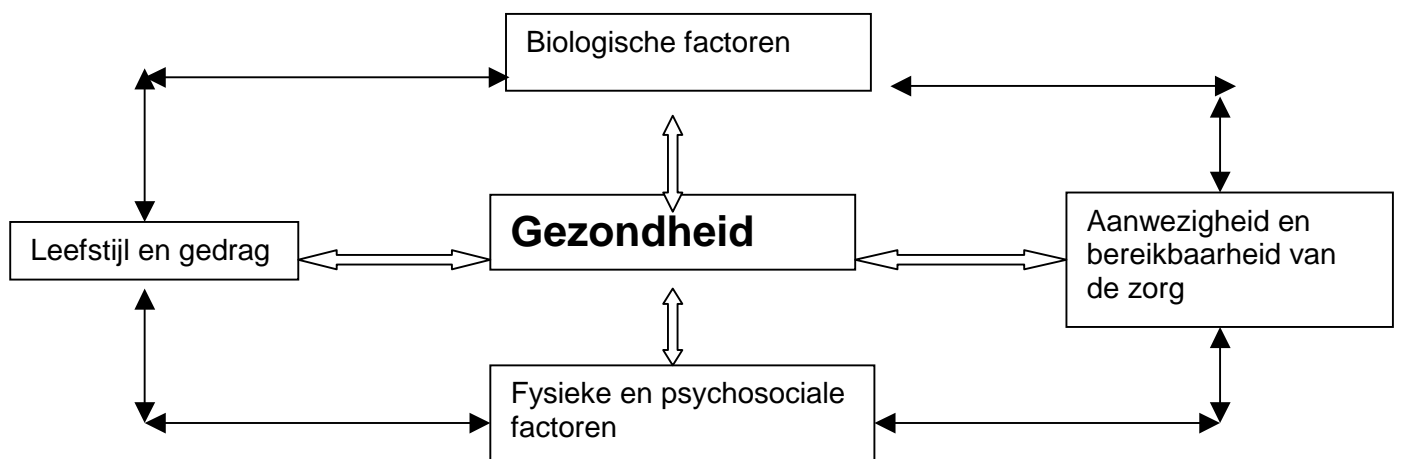
Gezondheid draagt bij aan welzijn, geluk, welvaart en maatschappelijke stabiliteit en is daarmee voor mensen afzonderlijk en voor de samenleving als geheel belangrijk. Om gezond te zijn spelen sociale, culturele, economische en fysieke omstandigheden en de persoonlijke beleving van mensen dus een minstens zo belangrijke rol als de afwezigheid van ziekte.

### **Factoren van gezondheid**

Bij het maken van beleid op het gebied van gezondheid is inzicht nodig in de manier waarop de gezondheid van mensen te beïnvloeden is. Daarbij wordt gebruik gemaakt van het Model van Lalonde<sup>5</sup>. Dat beschrijft vier groepen factoren die van invloed zijn op de gezondheid van de mensen. Deze factoren worden determinanten van gezondheid genoemd en zijn te onderscheiden in:

- *Biologische en erfelijke factoren*, zoals geslacht, etniciteit, leeftijd, erfelijke eigenschappen en ziekten;
- *Fysieke en sociale omgeving*, zoals woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid;
- *Leefstijl*: het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid, zoals voeding, beweging, gebruik van genotmiddelen;
- *Beschikbaarheid en toegankelijkheid van (gezondheids)zorgvoorzieningen*.

De meeste invloed heeft de gemeente op de fysieke en sociale omgeving. Middelen die zij daarvoor heeft zijn bijvoorbeeld regelgeving, handhaving en subsidieverlening. Door middel van gezondheidsvoorlichting of stimuleringsmaatregelen kan de gemeente proberen de leefstijl van mensen te beïnvloeden. Het zorgsysteem is voor de gemeente maar beperkt te beïnvloeden. Zorgverzekeraars en zorgkantoor<sup>6</sup> zijn de belangrijkste regisseurs als het gaat om kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen. Wel heeft de gemeente invloed op het zorgsysteem in haar rol van financier van bijvoorbeeld het Algemeen Maatschappelijk Werk, de GGD en het Welzijnswerk. Verder is voor de gemeente in het kader van de Wmo een belangrijke rol weggelegd bij de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (prestatieveld 7 tot en met 9). Zij kan de afstemming en coördinatie tussen partijen regisseren. Biologische en erfelijke factoren zijn niet van buitenaf te beïnvloeden. Maar de overheid kan en moet wel rekening houden met deze factoren bij het ontwikkelen van beleid, bijvoorbeeld voor mensen met een handicap en chronisch zieken.



### Gemeentelijk gezondheidsbeleid

Onder gemeentelijk gezondheidsbeleid verstaan wij de vorming en uitvoering van dat beleid dat gericht is op:

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

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

De ontwikkeling en uitvoering van het gezondheidsbeleid vindt niet alleen plaats op het terrein van de volksgezondheid, maar ook op andere beleidsterreinen, zoals maatschappelijke ondersteuning, milieu, ruimtelijke ontwikkeling, verkeer en vervoer, veiligheid, welzijn, ouderen, jeugd, onderwijs en sociale zaken. Van belang is dan ook dat volksgezondheidsaspecten worden ingebracht bij bestuurlijke beslissingen op die beleidsterreinen. Wat vaak ontbreekt is een samenhangend beleidskader en het besef dat in een groot deel van het gemeentelijk beleid volksgezondheidsaspecten een rol spelen.

## Hoofdstuk 2      Maatschappelijke ontwikkelingen

**Dit hoofdstuk beschrijft kort de maatschappelijke ontwikkelingen die van belang zijn voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Er volgt een schets van de belangrijkste landelijke en regionale ontwikkelingen en een beschrijving van de belangrijkste demografische ontwikkelingen die van invloed zijn op de gezondheidstoestand van de inwoners van Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel.**

### **Landelijke en regionale ontwikkelingen**

#### **'Kiezen voor gezond leven'**

De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid. Deze maatregelen kunnen gaan over gezondheidsbescherming (verkeersmaatregelen), ziektepreventie (vaccineren en screenen) en gezondheidsbevordering (mensen stimuleren niet te roken en gezond te eten). De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) bevat deze overheidstaken en verplicht de rijksoverheid iedere vier jaar de landelijke prioriteiten voor collectieve preventie vast te stellen.

De uitvoering ligt op basis van deze wet voor een groot deel bij de gemeenten. Het uitwerken en de uitvoering van het preventiebeleid is een proces waarin de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de landelijke nota 'Kiezen voor gezond leven' en de gemeentelijke nota's op elkaar voortbouwen. Deze tweede nota gezondheidsbeleid (2008-2011) beoogt een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid en legt de nadruk op sterk inzetten op gezond leven.

Nederland raakt met gezondheid internationaal achterop. Ongezond gedrag draagt flink bij aan ziektelast. Duidelijk is dat preventie een steeds grotere rol speelt in de gezondheidszorg. Hart- en vaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. Roken, (schadelijk) alcoholgebruik en overgewicht leveren een forse bijdrage aan ziekten. Vooral het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan leiden tot hersenbeschadiging. Overgewicht is een steeds grotere plaag voor de Nederlandse volksgezondheid, vooral bij kinderen (VTV 2006). De balans tussen eten en bewegen is danig verstoord. De nieuwe VWS-nota 'Kiezen voor gezond leven' en het daarop geënte kabinetsbeleid legt de nadruk op sterk inzetten op gezond leven en geeft ook richting aan de nieuwe gemeentelijke nota gezondheidsbeleid.

De aangegeven prioriteiten vloeien voort uit verzamelde gegevens die inzicht bieden in de gezondheid van de bevolking, landelijk, regionaal en lokaal. Naast de landelijke VTV zijn van belang:

- De regionale VTV 2006, Gezondheid Telt! in Hart voor Brabant, de mede daarop gebaseerde
- Lokale kernboodschappen 'Gezondheid Telt!' met boodschappen voor lokaal beleid voor iedere gemeente
- Het Regionaal Kompas Volksgezondheid ([www.regionaalkompas.nl](http://www.regionaalkompas.nl)).

De gegevens bieden informatie over:

- Hoe staat het met de belangrijkste gezondheidsproblemen in mijn gemeente?
- Welke oorzaken spelen bij óns een rol?
- Waarin verschilt mijn gemeente van de regio?
- Welke beleidsopties zijn voorhanden?
- Welke effectieve interventies zijn in te zetten bij de preventie van gezondheidsproblemen of het bevorderen van de gezondheid?

De nieuwe Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2006 van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu presenteert gegevens en inzichten over de volksgezondheid,

zorg en preventie in Nederland. Deze geeft op basis van cijfers en analyses inzicht in de gezondheidstoestand van de Nederlander over: de (vermijdbare) oorzaken van gezondheidsverlies, in de ontwikkeling van behoefte, vraag, gebruik en kosten van zorg en in de mogelijkheden tot en kosten van verbetering van de gezondheidstoestand door preventie en zorg. Het gaat hierbij niet alleen om de cijfers, maar ook om het begrijpelijk en hanteerbaar maken van het ingewikkelde volksgezondheidsdomein en het ondersteunen van beleidsprocessen.

### **Toename van ongezond gedrag**

Mensen uit armere milieus (een lage sociale economische status; lage SES) gaan gemiddeld vier jaar eerder dood dan mensen uit rijkere milieus (hoge SES). Mensen met lage SES leven over het algemeen ongezonder (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociale-economische status. De verschillen in gezondheid en leefstijl tussen deze groepen zijn de afgelopen tijd niet veranderd. Een van de boodschappen van de VTV is dat er aanzienlijke gezondheidswinst te boeken is door preventie, vooral door het bevorderen van gezond gedrag.

Het al eerder genoemde rapport 'Gezondheid op koers?' (Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2006 van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) presenteert gegevens en inzichten over de volksgezondheid, zorg en preventie in Nederland. Uit dit rapport blijkt dat de Nederlandse bevolking steeds langer leeft en steeds langer in goede gezondheid. Binnen de Europese Unie raakt Nederland echter achterop. De stagnerende gezondheid wordt vooral verklaard door ongezond gedrag. Vrouwen nemen het ongezondere gedrag van mannen over en vooral onder jongeren zijn de trends in ongezond gedrag ongunstig. Ouderen zijn zich daarentegen gezonder gaan gedragen.

### **Vermaatschappelijking**

Een andere belangrijke trend is dat de nadruk in de gezondheidszorg de laatste jaren steeds meer gelegd wordt op het bevorderen van de maatschappelijke participatie van burgers en op de vermaatschappelijking van zorg. Daaronder wordt verstaan: 'het proces gericht op het realiseren dat mensen met lichamelijke, zintuiglijke, psychische en/of verstandelijke beperkingen de mogelijkheid hebben om onderwijs te volgen, te werken, een inkomen te hebben, zelfstandig te wonen en aan vrijetijdsbesteding te doen zoals elke burger zonder beperkingen'<sup>7</sup>. In dit kader is inmiddels de Wet maatschappelijke ondersteuning van kracht geworden. Gemeenten ontwikkelen beleid rondom maatschappelijke participatie en de zelfredzaamheid van burgers.

### **Grotere rol voor het lokale bestuur**

De positie van het plaatselijk bestuur is de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden. Zo is de lokale overheid steeds meer de 'spin in het web' op terreinen als de jeugdpreventie, de gehandicaptenzorg en de OGGZ. Helaas krijgt zij echter voor de uitvoering van deze nieuwe functies, en met name voor het ontwikkelen van aan zorg gerelateerd welzijn na extramuralisering van de zorg, niet de benodigde financiële middelen. Mede hierdoor worden gemeenten gedwongen keuzes te maken en prioriteiten te stellen.

In de nota 'Kiezen voor gezond leven' geeft de overheid de rijksprioriteiten aan voor de collectieve preventie voor de komende vier jaren. De overheid moet hierbij zorgen voor een goede landelijke infrastructuur (landelijke sectorale samenwerking). Deze landelijke aanpak helpt lokale organisaties ook de handen ineen te slaan. De gemeenten moeten echter de landelijke prioriteiten vertalen naar de lokale situatie waarbij wel ruimte gehouden moet worden om in te spelen op de typische gezondheidsaspecten van de lokale situatie. Ook moet er ruimte zijn voor dwarsverbanden met de lokale Wmo-beleidsplannen.

## Demografische ontwikkelingen

De gezondheidstoestand van de inwoners van Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel wordt niet alleen beïnvloed door de in hoofdstuk 1 reeds vermelde factoren van gezondheid (biologische en erfelijke factoren, sociale en fysieke omgeving, leefstijl en gedrag en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen). Andere zaken zoals demografische, sociaal-culturele en economische ontwikkelingen hebben ook hun uitwerking op de volksgezondheid. In dit hoofdstuk komen kort de demografische ontwikkelingen aan de orde. In het volgende hoofdstuk wordt de sociale en fysieke omgeving beschreven.

De belangrijkste demografische ontwikkelingen die zich gedurende de tweede helft van de twintigste eeuw in Nederland hebben voltrokken, zijn een toename van de bevolking en een toename van de levensverwachting. Tussen 1950 en 2005 is de Nederlandse bevolking toegenomen van 10 miljoen tot ruim 16 miljoen. Sinds 1980 is de levensverwachting<sup>8</sup> voor mannen met 3,1 jaar en voor vrouwen met 1,4 jaar gestegen.

De levensverwachting in de regio Hart voor Brabant is gemiddeld 76,0 jaar voor mannen en 80,7 jaar voor vrouwen (gemiddeld over de periode 2001-2004). Dat is voor mannen 0,3 jaar en voor vrouwen 0,4 jaar minder dan gemiddeld in Nederland. De gezonde levensverwachting in de regio Hart voor Brabant verschilt nauwelijks met de landelijke levensverwachting en ook tussen mannen en vrouwen is weinig verschil, namelijk 62,3 jaar voor mannen en 62,1 jaar voor vrouwen. Vrouwen hebben dus weliswaar een langere levensverwachting, maar hun gezonde levensverwachting is ongeveer gelijk aan die van de mannen. Dat betekent dat het aantal jaren dat zij langer leven, dus bijna helemaal doorgebracht wordt in een minder goed ervaren gezondheid.

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

De bevolkingsopbouw per 1 januari 2005 in de gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel is in de onderstaande tabellen opgenomen. Tevens is de prognose voor het jaar 2015 te zien en de procentuele toe- of afname van het aantal inwoners in die leeftijdsklasse.

Het aandeel in de bevolkingsopbouw van de jongste groep (0-29 jaar) ligt tussen de 35,4% en 38,0%. De prognose is dat het absolute aantal 0-29 jarigen gelijk zal blijven of iets zal afnemen. De groep 30-49 jarigen maakt in 2005 ongeveer 30% van de bevolking uit. In 2015 zal dat 24-27% zijn, een afname van 11% (Uden) tot bijna 21% in Boekel. Het aantal 65-plussers zal daarentegen toenemen met zo'n 33% in Sint-Oedenrode tot bijna 49% in Landerd. Zowel de ontgroening als de vergrijzing zullen dus sterk toenemen. De bevolkingsopbouw van de vijf gemeenten zal er in 2015 heel anders uitzien. Dit heeft daarmee directe gevolgen voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid, het ouderenbeleid en het huisvestingsbeleid.

### Prognose bevolkingsopbouw

	Boekel	Landerd	Sint-Oedenrode	Uden	Veghel
<b>0 – 29 jaar</b>					
2005 (%)	37,7	36,7	35,4	36,1	38,0
2015 (%)	36,7	33,4	34,3	35,0	36,2
Toe-/afname (%)	0,4	-8,7	-1,6	0,1	-1,1
<b>30 – 49 jaar</b>					
2005 (%)	31,4	30,2	30,1	30,9	30,8
2015 (%)	24,9	24,0	25,2	27,5	27,0



Afname (%)	-20,7	-20,6	-16,3	-11,2	-12,5
<b>50 – 64 jaar</b>					
2005 (%)	18,9	20,2	20,5	19,8	18,3
2015 (%)	22,5	23,7	22,8	20,6	21,1
Toename (%)	23,1	17,5	12,7	7,4	19,6
<b>65 – 74 jaar</b>					
2005 (%)	12,0	12,8	13,9	13,1	12,9
2015 (%)	16,7	19,0	18,2	17,8	16,8
Toename (%)	43,4	48,6	33,3	40,6	35,5
<b>75-plus</b>					
2005 (%)	5,0	5,3	5,2	4,9	5,3
2015 (%)	6,4	7,4	7,1	7,1	6,9
Toename (%)	32,0	40,9	37,8	50,5	34,4
<b>Totaal</b>					
2005 (aantal)	9398	14822	16927	40057	36879
2015 (aantal)	9698	14872	17227	41417	38303
Toename (%)	3,2	0,3	1,8	3,4	3,9

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

### **Hoofdstuk 3 Gezondheidssituatie in Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel**

**Hoofdstuk 3 presenteert de gegevens over de gezondheidssituatie in de gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel. Dit gebeurt aan de hand van de determinanten van gezondheid. Deze gegevens geven een beeld van de volksgezondheid in de vijf gemeenten en vormen daarmee een belangrijk uitgangspunt voor het (toekomstige) volksgezondheidsbeleid. Achtereenvolgens worden de sociale en fysieke omgevingsfactoren beschreven, de lichamelijke en geestelijke gezondheid, leefstijl en gedrag en gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen.**

De gegevens zijn het resultaat van de Gezondheidsmonitor regio Hart voor Brabant. Met behulp van deze monitor verzamelt de GGD Hart voor Brabant cijfers voor haar 29 gemeenten. Het gaat dan om cijfers over de gezondheid van de inwoners en de factoren die met de gezondheid samenhangen, zoals leefstijl, zorg en de fysieke en sociale omgeving. Inzicht hierin kan de gemeente ondersteunen bij het (verder) ontwikkelen en uitvoeren van haar gezondheidsbeleid.

De Gezondheidsmonitor bestaat uit vier deelmonitors:

- kinderen (0 t/m 11 jaar);
- jongeren (12 t/m 18 jaar);
- volwassenen (19 t/m 64 jaar);
- ouderen (65 jaar en ouder).

In een cyclus van vier jaar worden de gegevens voor alle vier de deelmonitors verzameld. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van reeds bestaande registraties, zoals landelijke en regionale registraties. Iedere deelmonitor kent bepaalde accenten. Zo wordt in de ouderenmonitor naast gezondheid in brede zin ook ingegaan op gebruik van en behoefte aan woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen. Veel gegevens worden verzameld via enquêtes. Per jaar wordt in principe één enquête door de GGD uitgezet.

De gegevens worden samengevat in kernindicatoren. De keuze van de onderwerpen en de kernindicatoren is gemaakt in overleg met gemeenten en andere relevante instellingen op het terrein van de openbare gezondheidszorg.

Een samenvatting van de gegevens uit de monitors en van gegevens uit landelijke bronnen, is als lokaal gezondheidsprofiel van een gemeente opgenomen in boekjes die eind 2006 voor elke gemeente zijn verschenen onder de titel 'Gezondheid telt! in Boekel (Landerd/Sint-Oedenrode/Uden/Veghel); kernboodschappen voor lokaal beleid'. In bijlage 2 zijn de lokale gezondheidsprofielen voor de vijf gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel naast elkaar gezet. De cijfers worden zoveel mogelijk vergeleken met de cijfers van de regio Hart voor Brabant (GGD-gebied) en Nederland.

## Sociale omgevingsfactoren

	Regio HvB	Boekel	Landerd	Sint-Oedenrode	Uden	Veghel
<b>Opleiding/werksituatie</b>						
Geen onderwijs /alleen LO (19-64 jaar)	7	7	6	5	8	9
(65-plus)	36	47*	41*	41	29*	36
Werkloos/bijstand (19-64 jaar)	4	3	3	2*	4	3
Arbeidsongeschikt (19-64 jaar)	5	6	6	4	5	4
<b>Inkomen</b>						
Inkomen beneden modaal (19-64 jaar)	40	31*	39	34*	42	36
Enige tot grote moeite met rondkomen (19-64 jaar)	27	18*	23	21	26	26
Bezuinigt op min. 1 terrein (19-64 jaar)	65	57*	58*	62	61	62
Alleen AOW (65-plus)	23	39*	32*	28	21	24
Kan met moeite rondkomen (65-plus)	19	16	15	13*	14*	20
<b>Contacten</b>						
1-persoons huishouden (19-64 jaar)	10	6	6	6	11	8
Alleenwonend (65-plus)	30	28	23	27	28	30
Matig–zeer (ernstig) eenzaam (19-64 jaar)	38	36	35	35	38	33
(65-plus)	48	36*	38*	44	44	49

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

### Opleidingsniveau / werksituatie/ inkomen

In de regio Hart voor Brabant heeft 7% van de volwassenen geen opleiding of alleen lager onderwijs. De vijf gemeenten van de regio Uden-Veghel verschillen hierin niet veel van de regio. Voor de 65-plussers is de situatie iets anders. Het percentage ouderen met geen opleiding of alleen lagere school is voor de regio Hart voor Brabant 36%. In Uden ligt dit duidelijk lager met 29% en in Boekel (47%) en Landerd (41%) zijn juist meer ouderen met een laag opleidingsniveau.

Bijna driekwart van de ondervraagde volwassenen in de regio Hart voor Brabant heeft werk. Het percentage dat werkloos is of in de bijstand zit is in de regio gemiddeld 4%. Alleen in de gemeente Sint-Oedenrode is dit lager met 2%.

Wat betreft hun financiële situatie geeft 40% van de volwassenen in de regio Hart voor Brabant aan een inkomen beneden modaal te hebben. In Boekel (31%) en Sint-Oedenrode (34%) is de situatie iets gunstiger, de andere drie gemeenten zitten rond het gemiddelde. Van de ouderen geeft 23% aan alleen van hun AOW rond te moeten komen. Dit percentage is hoger in Boekel (39%) en Landerd (32%).

Ruim een kwart van de volwassenen in de hele GGD-regio geeft aan enige tot grote moeite te hebben rond te komen van hun inkomen. In de meeste gemeenten van de regio Uden-Veghel is dit ook zo, behalve in Boekel (18%). Gemiddeld zegt 65% te bezuinigen op minstens één terrein. In Boekel (57%) en Landerd (58%) is dit percentage lager. Van de ouderen kan gemiddeld 19% moeilijk rondkomen. Alleen voor de ouderen in Sint-Oedenrode (13%) en Uden (14%) is de situatie gunstiger.

## Alleenwonend

In de regio Hart voor Brabant is 30% van de ouderen alleenwonend. In alle vijf gemeenten van de deelregio Uden-Veghel is dit ook het geval. Bij de volwassenen in de regio Hart voor Brabant heeft 10% een 1-persoonshuishouden. Ook dit geldt voor alle vijf gemeenten.

## Eenzaamheid

Eenzaamheid is verlangen naar contacten, maar dit verlangen niet adequaat kunnen invullen. Het gaat dan niet alleen om het gevoel (te) weinig contacten te hebben, de kwantiteit, maar ook om het ervaren dat de contacten niet bevredigend zijn, de kwaliteit van de contacten. Eenzaamheid wordt een steeds groter probleem. In 2000 gaf 31% van de ondervraagde ouderen in de subregio Brabant-Noordoost aan matig tot zeer ernstig eenzaam te zijn, in 2004 is het percentage eenzame ouderen in de totale regio Hart voor Brabant gemiddeld 48% geworden. Boekel (36%) en Landerd (38%) hebben de minste eenzame ouderen.

Voor volwassenen in de regio is nauwelijks een stijging opgetreden in het percentage eenzamen. In 2001 gaf 36% dit aan, in 2005 is dat 38%. Dit percentage geldt ook voor de vijf gemeenten.

Het overgrote deel van de mensen dat eenzaam is in de regio Hart voor Brabant is matig eenzaam. Maar onder volwassenen en ouderen is nog altijd respectievelijk 6% en 10% ernstig eenzaam. Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd en komt met name veel voor onder 75-plussers. Verder is het percentage eenzamen beduidend hoger onder alleenstaanden en mensen met een lager sociaal-economische status. Onder ouderen is daarnaast het percentage eenzamen aanzienlijk hoger onder vrouwen. Tot slot blijkt dat in de regio Hart voor Brabant ruim viervijfde van alle eenzame mensen sociaal eenzaam zijn, ongeveer tweederde van deze mensen is (ook) emotioneel eenzaam. Bij sociale eenzaamheid is het aantal en de kwaliteit van de contacten minder dan gewenst, bij emotioneel eenzamen is sprake van een gemis aan intimiteit in de contacten. Beide vormen van eenzaamheid vereisen een andere aanpak in de preventie en bestrijding ervan.

## Fysieke omgevingsfactoren

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

	Regio HvB	Boekel	Landerd	Sint-Oedenrode	Uden	Veghel
<b>Wonen en woonomgeving</b>						
Ontevreden met eigen woning (19-64 jaar)	4	3	3	2	3	3
Ontevreden met eigen buurt (19-64 jaar)	6	4	3	3*	5	4
Heeft 3 of meer aanpassing in woning (65 plus)	19	22	19	26*	20	22
Wenst aanpassingen in woning (65 plus)	27	33*	28	29	28	28
<b>Lawaai- en stankoverlast</b>						
Erg gehinderd door lawaai (19-64 jr)	15	13	11	9*	25*	22*
Erg gehinderd door geur (19-64 jr)	7	5	6	4*	6	6
<b>Veiligheid</b>						
Voelt zich overdag weleens						

onveilig (19-64 jr) (65 plus)	8 32	4* 25*	8 24*	5* 23*	8 25*	5* 28
Voelt zich 's nachts/'s avonds wel eens onveilig (19-64 jr) (65 plus)	24 47	13* 38*	23 42	15* 36*	24 39*	19* 41*
Afgelopen 5 jr slachtoffer van openbaar geweld (19-64 jr)	7	4*	4*	6	6	5
Afgelopen 5 jr slachtoffer van huiselijk geweld (19-64 jr)	2	1	0*	2	2	1

### *Wonen en woonomgeving*

In de vijf gemeenten zijn de volwassenen net zo tevreden met hun woning als in de totale regio. Gemiddeld is 4% ontevreden. Ook het percentage dat ontevreden is met de buurt waarin ze wonen is vergelijkbaar (6%). Alleen Sint-Oedenrode wijkt met 3% gunstig af. Gemiddeld heeft zo'n één op de vijf ouderen drie of meer aanpassingen in de woning. In Sint-Oedenrode is dat iets meer met één op de vier ouderen. Meer dan een kwart wenst aanpassingen in hun woning. Dit geldt ook voor vier van de vijf gemeenten. Alleen in Boekel willen meer ouderen aanpassingen in hun woning (33%).

### *Lawaai- en stankoverlast*

In Uden (25%) en Veghel (22%) wordt lawaai-overlast aanzienlijk meer gerapporteerd door de volwassenen dan in de rest van de regio (15%). Dit lawaai wordt voornamelijk veroorzaakt door vliegtuigen. In de regio wordt de lawaai-overlast vooral door wegverkeer en burens veroorzaakt.

In alle gemeenten behalve Sint-Oedenrode (4%) is de hinder van geur vergelijkbaar met de regio Hart voor Brabant (7%). In de regio geeft men aan vooral last van stank van het wegverkeer, open haarden of allesbranders te hebben, terwijl in vier van de vijf gemeenten vooral de landbouw/veeteelt genoemd wordt. In Uden heeft men meer last van het wegverkeer.

### *Veiligheidsbeleving*

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

Ongeveer een kwart van de ouderen in alle vijf gemeenten voelt zich overdag onveilig. Regionaal is dit 32%. 's Avonds en 's nachts voelt bijna 40% van de ouderen zich wel eens onveilig. In de regio Hart voor Brabant is dat 47%.

Bij de volwassenen valt op dat in Boekel, Sint-Oedenrode en Veghel minder volwassenen zich zowel overdag (4-5%) als 's avonds en 's nachts (13-19%) onveilig voelen dan in heel de regio Hart voor Brabant (overdag 8%, avond/nacht 24%).

In Boekel (4%) en Landerd (4%) zijn volwassenen in de afgelopen vijf jaar minder vaak het slachtoffer geweest van openbaar geweld dan in de regio (7%).

### **Sterfte**

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

In de regio Hart voor Brabant zijn gemiddeld bijna 8.000 personen per jaar overleden in de periode 2001-2004, oftewel 89,7 sterfgevallen per 10.000 inwoners. Dit is aanzienlijk hoger dan het Nederlandse sterftcijfer van 86,8 per 10.000. Hart- en vaatziekten (33% van de

totale sterfte) en nieuwvormingen (29% van de totale sterfte) zijn de belangrijkste groepen van doodsoorzaken in de regio Hart voor Brabant (nieuwvormingen bestaat uit kwaadaardige (kankers) en goedaardige nieuwvormingen). Ook ziekten van de ademhalingsorganen hebben met 10% een groot aandeel in de totale sterfte in de regio Hart voor Brabant. De sterfte aan ziekten van het hart- en vaatstelsel en ziekten van de ademhalingsorganen ligt in de regio Hart voor Brabant aanzienlijk hoger dan in Nederland (30,1 per 10.000 inwoners). De sterfte aan nieuwvormingen wijkt in Hart voor Brabant (24,0 per 10.000 inwoners) niet beduidend af van het cijfer voor heel Nederland.

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

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

	Nederland	Regio HvB	Boekel	Landerd	Sint-Oedenrode	Uden	Veghel
Kanker	23,6	24,0	22,8	20,2	21,1	23,6	21,5
Sterfte hart- en vaatziekten	28,9	30,1*	41,8*	39,9*	31,2	28,8	27,5
Totaal	86,8	89,7*	91,3	112,9*	79,6*	84,9	84,9

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

\* beduidend afwijkend van het Nederlandse cijfer

Uit de cijfers blijkt dat de totale sterfte in Landerd hoger is (112,9/10.000 inwoners) en in Sint-Oedenrode lager is (79,6/10.000 inwoners) dan in Nederland (86,8/10.000 inwoners). Verder is te zien dat de sterfte aan hart- en vaatziekten in Boekel (41,8/10.000 inwoners) en in Landerd (39,9/10.000 inwoners) aanzienlijk hoger is dan landelijk (28,9/10.000 inwoners). Voor de sterfte aan kanker is er in geen van de gemeenten verschil met Nederland.

Belangrijke risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten zijn roken, voedingsgewoonten (te vet eten, te weinig groente en fruit), overgewicht, overmatig alcoholgebruik, te hoog cholesterolgehalte, hoge bloeddruk, tekort aan lichaamsbeweging en stress. Het is niet met zekerheid vast te stellen welke factoren precies verantwoordelijk zijn voor de verhoogde opname en sterfte aan hart- en vaatziekten in de regio Hart voor Brabant. Toch zijn er wel aanwijzingen dat er vaker sprake is van overmatig alcoholgebruik. Overmatig alcoholgebruik houdt in dat mannen meer dan 21 glazen per week drinken en vrouwen meer dan 14 glazen per week. Uit de gezondheidsenquête die in 2005 onder de volwassen bevolking gehouden is, blijkt dat in de regio Hart voor Brabant 14% overmatig alcohol gebruikt.

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

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

#### Lichamelijke en geestelijke gezondheid

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

	Regio HvB	Boekel	Landerd	Sint-Oedenrode	Uden	Veghel
<b>Lichamelijke gezondheid</b>						
Ervaart eigen gezondheid als niet goed (12-17 jr)	16	15	17	15	18	19
(19-64 jr)	12	10	11	10	12	9*
(65-plus)	28	29	22*	24	25	25
Heeft één of meer chronische ziekten vastgesteld door arts (12-17 jr)	38	36	35	37	38	35
(19-64 jr)	39	39	44*	36	41	39
(65 plus)	69	63*	62*	70	65	67
Beperkt in bezigheden a.g.v. lichamelijke gezondheid (19-64 jr)	19	17	18	19	19	17
(65-plus)	31	24*	25*	29	29	30
<b>Geestelijke gezondheid</b>						
Slecht ervaren psychische gezondheid (12-17 jr)	12	8*	10	9	12	13
(19-64 jr)	15	14	12	14	14	13
(65-plus)	20	16	13*	18	17	16
Beperkt in bezigheden a.g.v. emotionele problemen (19-64 jaar)	10	8	10	11	12	9
(65 plus)	12	9	9	10	11	10

In de regio Hart voor Brabant ervaart 12% van de volwassenen hun gezondheid als niet goed. Dit is beter dan landelijk, in Nederland vindt ongeveer 20% de eigen gezondheid niet goed. Met het stijgen van de leeftijd neemt het percentage dat de eigen gezondheid niet goed vindt toe. Van de vijf gemeenten is alleen in Veghel de situatie iets beter met 9%, de andere gemeenten zijn vergelijkbaar met de regio. Bijna vier op de tien volwassenen heeft één of meer chronische ziekten, in Landerd is dit 44%.

Het hebben van een chronische ziekte blijkt samen te gaan met ervaren gezondheid. Rugaandoeningen, artrose en migraine komen vaak voor.

Bij de ouderen ervaart gemiddeld 28% hun gezondheid als matig tot slecht. Alleen Landerd scoort hier beter met 22%. Meer ouderen (69%) geven aan een chronische ziekte of handicap te hebben. Voor Boekel en Landerd is dit iets lager met respectievelijk 63 en 62%. Ruim drie op de tien ouderen worden door hun lichamelijke gezondheid beperkt in hun dagelijkse bezigheden. Ook dit percentage is lager in Boekel (24%) en Landerd (25%).

De psychische gezondheid wordt door 15% van de volwassenen in Hart voor Brabant voor Brabant als slecht ervaren. Dit is vergelijkbaar met Nederland. De vijf gemeenten zitten op of rond dit gemiddelde. Er is geen duidelijk verband tussen psychische gezondheid en leeftijd. Wel voelen vrouwen zich vaker psychisch ongezond dan mannen. Ook volwassenen die grote moeite hebben met rondkomen en arbeidsongeschikten voelen zich vaker psychisch ongezond. Bij 65-plussers vindt 20% dat de psychische gezondheid slecht is. Alleen Landerd scoort beter met 13%. De overige gemeenten zijn vergelijkbaar.

Van de jongeren van 12-17 jaar in de regio Hart voor Brabant beoordeelt 12% de geestelijke gezondheid als slecht. Alleen in Boekel is dit percentage lager (8%). De lichamelijke gezondheid wordt gemiddeld door 16% van de jongeren als niet goed ervaren. De vijf gemeenten wijken hier niet veel van af. Net als bij de volwassenen heeft bijna vier op de tien

jongeren één of meer chronische ziekten. Ook hierin wijken de afzonderlijke gemeenten niet veel af van het regionale beeld.

### **Depressiepreventie**

Doelstelling is het voorkomen en terugdringen van psychosociale problematiek, met als specifieke aandachtspunten eenzaamheidspreventie ouderen en depressiepreventie in het algemeen.

In de nota 'Kiezen voor gezond leven' is depressiepreventie benoemd als een speerpunt van beleid. Depressie staat nr. 5 op de lijst met de hoogste ziektelast. Uit onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) blijkt dat er een prevalentie van depressie bij 6,3% van de bevolking is (bron: SGBO-onderzoek 'Aard en omvang WMO-doelgroep' d.d. juni 2006). Depressie is een veel voorkomende psychische stoornis die een grote impact heeft op het welbevinden van mensen en die een grote ziektelast veroorzaakt.

Een conclusie uit de startnotitie Openbare GGZ (september 2006) is dat er binnen de OGGZ preventie veel voldoende bewezen effectieve interventies en activiteiten zijn die ingezet kunnen worden en ook ingezet worden. Onduidelijk is wat het bereik van deze interventies is. Gepleit wordt voor een gezamenlijke meerjarenaanpak door de gemeenten van Brabant Noord-Oost. De verwachting is dat dit een betere garantie geeft op sterke preventieketens, minder versnippering en een groter bereik.

In opdracht van het Platform OGGZ Brabant Noord-Oost heeft een werkgroep Preventie, bestaande uit instellingen die actief zijn op het gebied van openbare geestelijke gezondheidszorg, een beleidsnotitie opgesteld. De notitie met als titel: 'Leve(n)de GGZ Preventie' (augustus 2007) brengen de wensen en mogelijkheden van een programma depressiepreventie regio Brabant-Noordoost in beeld.

Thema's die expliciet aan de orde komen zijn: depressie, kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP) of van verslaafde ouders (KVO) en schadelijk alcoholgebruik. De nota geeft onder andere inzicht in risicogroepen, overlap betrokken partners binnen elk thema, lacunes, maken van afspraken over ketenvorming, uitvoering en evaluatie en een voorstel voor een gemeenschappelijk preventieaanbod in gemeenten.

De notitie 'Leve(n)de GGZ Preventie' adviseert een integraal programma voor depressiepreventie op te nemen in de nota lokaal gezondheidsbeleid met aandacht voor:

- Jongeren met somberheidsproblemen (en hun ouders);
- Mensen met psychische klachten (en hun mantelzorgers);
- Vergroten van het bereik door: geïntegreerde publieksvoorlichting, ondersteuning van sleutelfiguren en intermediairen;
- Uitvoering interventies op wijk-/buurt-/dorpniveaus
- Betere afstemming en samenwerking tussen professionele organisaties en vormgeven van 'train de trainers' trajecten.

Momenteel vindt er een oriëntatie plaats over de vraag of de informatie (adviezen en voorwaarden) uit de notitie voldoende aanknopingspunten biedt voor een integraal uitvoeringsprogramma en de bekostiging van een dergelijk programma. Hierbij spelen o.a. de volgende overwegingen:

- Opnemen preventie OGGZ in de nota's lokaal gezondheidsbeleid
- Besluit tot regionale aansturing en zoveel mogelijk lokale uitvoering
- Middelen vrijmaken voor een projectstructuur
- Formuleren van een duidelijke projectopdracht
- Installeren van een projectgroep.

Daarnaast loopt er in de regio Uden-Veghel een programma preventie van eenzaamheid van en voor ouderen. Dit programma is al aangezet in de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid (2004-2007). Eenzaamheidspreventie bij ouderen sluit perfect aan bij de uitgangspunten



voor het Wmo-beleid. Bij de uitvoering hiervan is een taak weggelegd voor de organisaties van en voor ouderen in de gemeenten.

## Leefstijl en gedrag

Preventie van de risicofactoren roken, alcohol en overgewicht kan een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen.

	Regio HvB	Boekel	Landerd	Sint-Oedenrode	Uden	Veghel
<b>Ernstig overgewicht</b>						
2-11 jaar	2	2	2	2	0,9*	2
12-17 jaar	2	0,5	2	1	0,4	1
19-64 jaar	11	12	9	8*	15*	16*
65-plus	13	13	16	14	10*	12
<b>Onvoldoende groente en fruit</b>						
Niet dagelijks groente én fruit:						
0-11 jaar	55	54	49*	54	54	59
12-17 jaar	86	86	86	84	87	84
Niet dagelijks $\geq$ 200 gram groente én 2 stuks fruit:						
19-64 jaar	89	92	88	87	91	90
65-plus	85	91*	86	89	83	83
<b>Ontbijt minder dan 5x/week</b>						
1-11 jaar	3	3	3	1	2	2
12-17 jaar	18	14	14*	16	16	16
<b>Minder dan 5 warme maaltijden/week</b>						
1-11 jaar	2	2	2	2	2	2
12-17 jaar	3	0,9	4	2	3	3
<b>Lichamelijke activiteit</b>						
<1x/wk buiten school (4-11 jr)	28	22*	20*	28	19*	27
(12-17 jr)	22	17	18	19	18	18
Voldoet niet aan Ned. Norm Gezond Bewegen (19-64 jr)	41	37	37	40	42	38
(65-plus)	41	46	36	43	42	41
<b>Roken</b>						
Wel eens gerookt (8-11 jr)	0,7	1,4	0,6	0,0	0,0	1
Rookt (12-17 jr)						
Dagelijks sigaretten (12-17 jr)	8	6	4*	5	6	6
Rookt (19-64 jr)	29	27	25	26	26	23
Dagelijks sigaretten (19-64 jr)	26	24	23	22	23	20
<b>Alcoholgebruik</b>						
Afgelopen 4 weken (8-11 jr)	2	3	2	0,9	3	2
Afgelopen 4 weken (12-17 jr)	54	64*	57	61*	51	55
Binge drinken (12-17 jr)	16	22*	23*	18	13	18
Overmatig alc.gebr. (19-64 jr)	14	17	13	14	13	13
<b>Vindt eigen manier van leven ongezond</b>						
19-64 jaar	3	3	0,7*	2	2	4
65-plus	2	2	1	2	0,5	3
<b>Seksueel risicogedrag</b>						
12-17 jaar	8	8	9	10	7	11
19-64 jaar	10	9	8	9	10	11
<b>Softdruggebruik afgelopen 4 weken</b>						
12-17 jaar	5	8*	4	4	4	7
19-64 jaar	3	0,9*	0,4*	2	3	2
<b>Harddruggebruik</b>						
Afgelopen 4 weken (12-17 jr)	0,4	1,2*	0	0	0	0
Ooit gebruikt (lifetime) (19-64 jr)	5	3	2*	2*	6	3

### *Voeding*

Overgewicht en vooral ernstig overgewicht (obesitas) hangen samen met hart- en vaatziekten, suikerziekten, verschillende vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (zoals artrose) en de ademhalingsorganen. Overgewicht hangt bovendien samen met lichamelijke beperkingen en een slechtere kwaliteit van leven.

De algemene tendens in Nederland is dat mensen in toenemende mate onregelmatig, eenzijdig en ongezond eten en dikker worden. Ook in de regio Hart voor Brabant is het percentage volwassenen met overgewicht gestegen van 37% in 1995 tot 44% in 2001 en 46% in 2005. Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) is in diezelfde periode gestegen van 6 tot 11%. Van de 65-plussers in de regio heeft 58% overgewicht, bij 13% is sprake van ernstig overgewicht. De percentages en de stijgende trend zijn vergelijkbaar met de landelijke cijfers en trends.

Veghel (16%) en Uden (15%) hebben de hoogste percentages volwassenen met ernstig overgewicht, Sint-Oedenrode het laagste (8%). De overige gemeenten scoren gemiddeld. Bij de ouderen is de situatie in Landerd het ongunstigst, 16% heeft hier ernstig overgewicht. Uden en Veghel scoren relatief het gunstigst met 10 en 12% ouderen met overgewicht. Bij kinderen (2-11 jaar) en jongeren (12-18 jaar) komt overgewicht ook steeds meer voor. In de regio Hart voor Brabant is 1 op de 10 kinderen en jongeren te dik. Bij 2% van zowel de kinderen als de jongeren komt ernstig overgewicht voor. Dit geldt ook voor de vijf gemeenten, behalve Uden. Het percentage kinderen met ernstig overgewicht is hier lager met 0,9%.

Slechts weinig volwassenen in de vijf gemeenten (0,7% in Landerd tot 4% in Veghel 2% tot 5%) vinden hun eigen manier van leven (zeer) ongezond, maar uit de volwassenenenquête blijkt dat gemiddeld 89% van hen onvoldoende groente en fruit eet volgens de Richtlijn Goede Voeding<sup>9</sup>. Dit percentage komt overigens overeen met het regionale en landelijke cijfer.

In verschillende landelijke rapporten wordt gesignaleerd dat verzorgers onvoldoende zorg besteden aan gezonde voeding voor hun kinderen. De keuze van voeding is veelal beperkt of te eenzijdig te noemen. Ook komen steeds meer kinderen naar school zonder een goed ontbijt of wordt de meegenomen lunch niet opgegeten. In plaats daarvan worden steeds meer chips, koeken en snacks gegeten. Van de kinderen van 1-11 jaar in de regio Hart voor Brabant ontbijt 3% minder dan 5 keer per week. Bij de jongeren van 12-18 jaar is dat al 18%. In de vijf gemeenten ligt het percentage voor kinderen rond het regionale gemiddelde, voor jongeren is dat ook zo, behalve in Landerd. Hier ligt het percentage onder het gemiddelde (14%). Verder blijkt dat 2-3% van de kinderen en jongeren in de regio Hart voor Brabant minder dan vijf keer per week een warme maaltijd eet.

### *Bewegen en sport*

Mensen die voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen<sup>10</sup> worden geacht voldoende te bewegen. In de regio Hart voor Brabant blijkt 41% van de volwassenen en de 65-plussers niet aan die norm te voldoen. Zowel voor volwassenen als voor ouderen wijken de gemeenten niet veel af van de regionale cijfers.

Van de kinderen van 4-11 jaar in de regio sport 28% minder dan 1 keer per week buiten schooltijd. In Sint-Oedenrode en Veghel geldt dit ook. In Boekel, Landerd en Uden is de situatie gunstiger, daar sport respectievelijk 22, 20 en 19% minder dan 1 keer buiten schooltijd. Bij de jongeren (12-18 jaar) in de regio sport 22% minder dan 1 keer per week. De vijf gemeenten wijken hier niet veel van af.

### *Roken*

Roken is een belangrijke risicofactor voor de gezondheid<sup>11</sup>. Bij mensen boven de 20 jaar kan ongeveer de helft van de totale sterfte aan longkanker, chronische obstructieve longziekten (COPD, vroeger CARA), hartziekten en beroerten aan roken worden toegeschreven<sup>12</sup>. In de regio Hart voor Brabant is het percentage rokers gedaald van 36-37% in de periode 1993-1995 tot 34% in 2001 en 29% in 2005. Deze dalende trend is ook landelijk zichtbaar. In alle vijf gemeenten is het percentage rokers ongeveer gelijk aan dat in de regio (29%).

Van de ondervraagde jongeren van 12-18 jaar in de regio Hart voor Brabant gaf 88% aan niet te roken, 8% zegt dagelijks te roken. Alleen in Landerd is het percentage jongeren dat rookt lager (4%). Binnen de groep jongeren in de regio neemt het percentage rokers toe als de leeftijd stijgt. Bij de 12-jarigen rookt minder dan 1% af en toe of dagelijks; bij de 17-jarigen is dit een kwart (26%). In de periode 2002-2004 is het percentage rokers onder Nederlandse jongeren slechts licht gedaald.

### *Alcohol*

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk. Overmatig alcoholgebruik (gemiddeld meer dan 21 glazen per week voor mannen en 14 glazen per week voor vrouwen) verhoogt het risico op kanker en hart- en vaatziekten. Een ander gevolg is de afhankelijkheid van alcohol, wat de kans op psychische stoornissen vergroot. Bovendien leidt overmatig alcoholgebruik in Nederland jaarlijks tot zo'n 250 verkeersdoden.

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

In de vijf gemeenten ligt het overmatig alcoholgebruik door volwassenen rond het gemiddelde van 14%.

Ook onder jongeren, zelfs onder de 16 jaar, wordt veel alcohol gedronken. Verontrustend is daarbij dat kinderen steeds vroeger beginnen met het drinken van alcohol. Nederlandse jongeren zijn de afgelopen jaren steeds meer gaan drinken. Met name onder jonge meisjes van 12-14 jaar is het alcoholgebruik toegenomen: in 1999 had 32% in de laatste maand alcohol gedronken, in 2003 was dit gestegen tot 44%. Alcoholgebruik is voor jongeren onder de 16 extra schadelijk. Ze verdragen alcohol slechter omdat ze nog in de groei zijn, minder wegen en kleiner zijn. Hierdoor voelen ze de effecten sneller en heviger. Ook zijn er sterke aanwijzingen dat alcoholgebruik een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Hoe jonger kinderen in aanraking komen met alcohol, hoe groter de kans is op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd. Ruim de helft (54%) van de 12-18 jarigen in de regio Hart voor Brabant heeft in de afgelopen vier weken alcohol gedronken; 40% van de jongeren tot 16 jaar en 83% van de 16- en 17-jarigen. Dit komt overeen met landelijke cijfers. In de regio Uden-Veghel gebruikt ook meer dan de helft van de jongeren alcohol, met als uitschieters Boekel (64%) en Sint-Oedenrode (61%).

Zestien procent van de jongeren in de regio is een *binge drinker*. Dit wil zeggen dat hij/zij zes of meer glazen alcohol drinkt op één of meer van de weekenddagen. Binge drinken komt meer voor bij jongens (20%) dan bij meisjes (11%). Verder is binge drinken vooral een probleem van de 16-17-jarigen. Van de jongens in de regio van deze leeftijd doet 49% aan binge drinken, van de meisjes 26%. In Boekel (22%) en Landerd (23%) is het percentage binge drinkers over alle leeftijden veel hoger dan in de regio (16%).

### *Seksueel risicogedrag*

Onveilig vrijen vergroot het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) zoals aids (hiv-virus), chlamydia, syfilis, gonorrhoe en herpes. Verder kan men via seksueel contact besmet raken met het humaan papillomavirus, dat mede een bepalende factor is voor het ontstaan van baarmoederhalskanker.

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

Van de jongeren van 12-18 jaar heeft 15% wel eens geslachtsgemeenschap gehad. Van deze groep heeft ook iets meer dan de helft, dat is 8% van de 12-18-jarigen, het ook wel eens zonder condoom gedaan. De meesten geven aan dat ze de pil gebruiken of vaste verkering hebben en daarom geen condoom gebruiken. De vijf gemeenten zijn vergelijkbaar met de regio.

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

### *Drugs*

Van de jongeren in de regio Hart voor Brabant geeft 5% van de ondervraagden aan recent (afgelopen vier weken) marihuana (wiet) of hasj gebruikt te hebben. Alle gemeenten zijn hiermee vergelijkbaar, behalve Boekel. Hier ligt het percentage aanzienlijk hoger dan in de regio met 8%. Ook het percentage jongeren dat in de afgelopen vier weken harddrugs gebruikt heeft is in Boekel hoger dan gemiddeld, namelijk 1,2% tegen 0,4% in de regio. In de andere gemeenten is het harddruggebruik nihil.

Van de volwassenen in de regio heeft 3% in de afgelopen vier weken softdrugs gebruikt. Boekel (0,9%) en Landerd (0,4%) scoren het laagst, terwijl in de andere drie gemeenten geen verschil met de regio is.

Gemiddeld in de regio heeft 5% ooit in zijn leven wel eens harddrugs gebruikt (lifetime gebruik). Twee gemeenten hebben een significant lager percentage, namelijk Landerd en Sint-Oedenrode met 2%.

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

	Regio HvB	Boekel	Landerd	Sint-Oedenrode	Uden	Veghel
<b>Huisartscontact afgelopen 2 maanden</b> (19-64 jaar)	34	35	33	33	40*	41*
(65-plus)	55	57	50	59	62*	54
<b>Contact medisch specialist afgelopen jaar</b> (19-64 jaar)	33	30	27*	31	33	30
(65-plus)	60	51*	51*	59	53*	52*

### *Huisarts- en specialistenbezoek*

Het bezoeken van een huisarts neemt toe naarmate de leeftijd vordert. Daarbij gaan bij de volwassen vrouwen vaker naar de huisarts dan mannen (ongeveer 1.5 keer zo vaak) en is het percentage mensen met een chronische aandoening dat de huisarts bezoekt anderhalf keer groter dan het percentage gezonde mensen. Uit de volwassenenenquête blijkt dat ruim 34% van de ondervraagden in de regio Hart voor Brabant voor zichzelf in de twee maanden voorafgaand aan het onderzoek contact heeft gehad met de huisarts. Het huisartsbezoek is beduidend hoger in Uden (40%) en Veghel (41%). De andere drie gemeenten zitten rond het gemiddelde voor de regio. Het percentage volwassenen in de regio dat een medisch

specialist heeft bezocht in de afgelopen twaalf maanden is 33%. Met uitzondering van Landerd (27%) wijken de gemeenten niet af van het gemiddelde. Bij de 65-plussers is het percentage dat een medisch specialist heeft bezocht in het afgelopen jaar 60%. Alle gemeenten, behalve Sint-Oedenrode (59%) zitten hier beduidend onder met 51-53%.

#### *Huisartsenproblematiek en ziekenhuiszorg*

De zorg die gemeenten voorheen hadden rondom de huisartsenzorg is voorbij. Er ontstaan steeds meer samenwerkingsverbanden in de vorm van (A) HOED'en (Apotheek en Huisartsen Onder Eén Dak). Nieuwe huisartsen kiezen voor samenwerkingsverbanden als HOED of gezondheidscentra. Dit beleid garandeert voldoende en adequate huisartsenzorg voor de inwoners van de vijf gemeenten.

Naast het stimuleren tot samenwerking (HOED constructies en gezondheidscentra) kan de gemeente zorgen voor een aantrekkelijk vestigingsklimaat voor huisartsen (o.a. faciliteren via maatregelen op het gebied van ruimtelijke ordening voorkeur vestigingsplaatsen of het hanteren van maatschappelijke grondprijzen). In bijlage 3 wordt kort aangegeven hoe de situatie in de vijf gemeenten is en welke ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van continuïteit en kwaliteit eerstelijnszorg.

#### *Situatie ziekenhuis Bernhoven.*

Bernhoven realiseert in de komende jaren een nieuw streekziekenhuis in Uden-Noord. Er is overleg gaande over de inrichting van bredere zorgsteunpunten in de gemeenten Oss en Veghel, waarbinnen poliklinische en diagnostische voorzieningen een plek krijgen naast voorzieningen in het kader van wonen, zorg en welzijn.

## Hoofdstuk 4 De problematiek samengevat

**Uit het voorgaande hoofdstuk zijn voldoende gegevens beschikbaar gekomen om de komende jaren mee aan de slag te gaan. Dit hoofdstuk zet kort de algemene problematiek op een rij. Vervolgens worden, aan de hand van de in hoofdstuk 1 geformuleerde visie en doelstellingen, de prioriteiten voor de komende vier jaar voorgesteld.**

### Samenvatting problematiek

#### Sterfte:

- Hart- en vaatziekten (33% van de totale sterfte) en nieuwvormingen (29%) zijn de belangrijkste groepen van doodsoorzaken in de regio Hart voor Brabant. In Boekel en Landerd is de sterfte aan hart- en vaatziekten hoger dan gemiddeld in Nederland. Voor wat betreft kanker is er geen verschil tussen de vijf gemeenten en Nederland.

#### Leefstijl:

- De mate van alcoholgebruik is verontrustend; het aantal volwassenen met overmatig alcoholgebruik is 14%. Het aantal jongeren dat in de afgelopen 4 weken alcohol heeft gedronken is 54%, in Boekel zelfs 64% en in Sint-Oedenrode (61%). Met name het binge drinken door jongeren baart zorgen. Gemiddeld doet 1 op de 6 jongeren hieraan. In Boekel en Landerd is dit bijna 1 op de 4 jongeren.
- 29% van de volwassenen rookt, bij de jongeren van 12-18 jaar is dat 8% (Landerd 4%). Tussen de leeftijd van 12 tot 18 jaar neemt het percentage rokers enorm toe, van minder dan 1% tot 26%
- Overgewicht is in alle gemeenten, net als in de regio een groot probleem. Bijna de helft van de volwassenen is te dik en 11% heeft ernstig overgewicht (Uden 15%, Veghel 16%, Sint-Oedenrode 8%). Van de ouderen is 60% te dik en heeft 13% ernstig overgewicht (Landerd 16%, Uden 10%). Van de jongeren van 12 -18 jaar is ongeveer 10% te dik, 2% heeft ernstig overgewicht. Het percentage mensen met overgewicht is de afgelopen jaren flink toegenomen. Landelijke cijfers laten zien dat overgewicht al bijna 10% bijdraagt aan de ziektelast, vooral door het hoge risico op diabetes.
- Gemiddeld 85-89% van de volwassenen en de ouderen eet te weinig groente en fruit;
- 41% van de volwassenen en de ouderen beweegt te weinig;
- Deze manier van leven en ongezond gedrag zal zich in de toekomst vertalen in ziekte, verlies van kwaliteit van leven en vroegtijdige sterfte. Voldoende reden dus om hier serieus aandacht aan te besteden. Bovendien wordt een ongezonde leefwijze niet herkend: slechts 2% tot 4% van de volwassen inwoners van de vijf gemeenten vindt hun eigen leefwijze ongezond. Bij het nemen van maatregelen ter bevordering van gezond gedrag is het belangrijk om rekening te houden met deze beleving van de eigen leefwijze.

#### Psychosociale problematiek:

- Eenzaamheid is niet alleen een probleem van ouderen. Ruim één op de drie mensen in de leeftijd van 19-64 jaar is eenzaam. Bij de ouderen is gemiddeld 48% eenzaam. In Boekel en Landerd ligt dit lager met 36% en 38%.
- Gemiddeld ervaart 15% van de volwassenen hun psychische gezondheid als slecht. Bij de ouderen ervaart 20% de psychische gezondheid als slecht, alleen in Landerd is dit lager met 13%. Bij de jongeren ligt het gemiddelde op 12%, behalve in Boekel, waar het om 8% van de jongeren gaat.

Gevolgen van de vergrijzing:

- De bevolkingsprognose voor de vijf gemeenten laat een geringe groei zien. In 2015 zal de bevolking met maximaal 4 % zijn toegenomen. Het aantal 65-74-jarigen stijgt in deze periode met 33-48%. Het aantal 75-plussers stijgt met 32-50%. In Uden en Sint-Oedenrode is daarbij zelfs sprake van dubbele vergrijzing; het aantal ouderen neemt toe en de ouderen worden steeds ouder. Verwacht mag worden dat vooral chronische ziekten zullen toenemen en dat het zorggebruik toeneemt en verschuift van genezing naar verpleging en verzorging. De forse stijging van het aantal ouderen staat op gespannen voet met de afname van de groep 30- t/m 64-jarigen, de groep die circa driekwart van de mantelzorg voor haar rekening neemt.

Overig:

- Bijna 3 op de 10 ouderen en 2 op de 10 volwassenen heeft moeite met rondkomen.
- 19% van de ouderen heeft 3 of meer aanpassingen in de woning (Sint-Oedenrode 26%) en bijna 27% wenst aanpassingen in de woning (Boekel 33%).
- Gemiddeld 15% van de volwassenen in de regio wordt gehinderd door lawaai. In Uden en Veghel is dat meer met 25 en 22%. Vooral de vliegtuigen zijn hier de oorzaak van.
- Eenderde van de volwassenen heeft in de afgelopen 2 maanden contact met de huisarts gehad. In Uden en Veghel is dit hoger met 40 en 41%. Van de 65-plussers heeft meer dan de helft contact met de huisarts gehad. In Uden is dat 62%.

#### *Sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV)*

In Nederland bestaan aanzienlijke verschillen in gezondheid naar sociaal-economische status (SES). Daarbij is SES gemeten naar opleiding, inkomen of beroepsniveau. Lager opgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld bijna vier jaar korter en zij brengen tien tot vijftien jaar minder lang door in goede gezondheid dan mensen met een hoge sociaal-economische status. Een gezondheidsachterstand zien we verder bij enkele andere groepen zoals werklozen en arbeidsongeschikten. Ook onder allochtonen in Nederland komen over het algemeen meer gezondheidsproblemen voor dan onder autochtonen.

Ook in de regio Hart voor Brabant bestaan door sociaal-economische levensomstandigheden verschillen (SEGV) in gezondheid. Dat wordt bevestigd in regionaal onderzoek, het blijkt onder meer uit verschillen in mentale en fysieke gezondheid en uit het voorkomen van eenzaamheid. Mogelijke verklaringen voor de relatief slechtere gezondheid van laagopgeleiden zijn: minder gunstige woon- en werkomstandigheden en een minder gezonde leefstijl. Zij roken en drinken meer, eten minder groenten en fruit en bewegen minder. Ook zijn materiële omstandigheden (woon- en werkomstandigheden) ongunstig voor de gezondheid.

Gemeenten kunnen SEGV beleid ontwikkelen en uitvoeren dat gericht is op het verminderen van gezondheidsverschillen. In het kader van de regionale nota lokaal gezondheidsbeleid valt dit beleid te koppelen aan de volgende beleidsaandachtsvelden:

1. Sociaal economische situatie: minimabeleid
2. Het aanpakken van sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV)
3. Bestrijden en voorkomen van een risicovolle leefstijl, met name in de relatie voeding-beweging-overgewicht
4. Bestrijden en voorkomen van sociaal-psychische klachten (o.m. als gevolg van sociaal-economische omstandigheden).

*Sociaal economische status: minimabeleid*



Per 1 januari 2004 is de nieuwe Wet Werk en bijstand ingevoerd. De nadruk van deze wet ligt sterk op de toeleiding naar werk. Gemeenten worden nog maar beperkt gecompenseerd voor de kosten van de bijstandsuitvoering. Categorieaal minimabeleid is op grond van de nieuwe wet moeilijker te realiseren. In het algemeen kan gesteld worden dat het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen gediend is met een betere bekendheid van de mogelijkheid om bijzondere bijstand aan te vragen. Gemeenten kennen verschillende regelingen om burgers financieel te ondersteunen als zij beschikken over een minimum inkomen. Burgers kunnen met name gebruik maken van bijzondere bijstand als er noodzakelijke kosten zijn die nergens vergoed worden. Het gaat hier bijvoorbeeld om: medische kosten, een vergoeding krijgen van kosten voor sport, cultuur en recreatie; burgers kunnen een tegemoetkoming vragen voor schoolkosten of de aanschaf van een computer voor de kinderen in het voortgezet onderwijs.

Om voor de inwoners hun inkomenssituatie te verbeteren hanteert de gemeente een gemeentelijk minimabeleid. Doel van dit beleid is verbetering van inkomenssituatie van minima door bijzondere bijstand voor incidentele en vaste noodzakelijke uitgaven.

Gemeentelijk minimabeleid is gericht op:

- bevordering deelname aan maatschappelijke activiteiten;
- inkomensondersteuning;
- beperking vaste lasten en bevordering 'rondkomen'.

In alle gemeenten wordt minimabeleid uitgevoerd en is er een regionaal overleg over dit beleid. Per gemeente kan de invulling van gemeentelijk minimabeleid verschillen.

In dit kader kunnen gemeenten besluiten gerichte interventies uit te voeren. Landelijk en plaatselijk worden daartoe initiatieven genomen (zie ook bijlage 5).

## Hoofdstuk 5 Van beleid naar uitvoering

Deze vervolgnota voor de gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel presenteert een algemeen beleidskader voor het ontwikkelen van collectieve preventie. In deze nota voor de periode 2008-2011 vertalen we het algemene beleidskader in een aanzet tot een concreet uitvoeringsprogramma, ook wel programmatische preventie genoemd. 'Programma's' of 'programmaliijnen' presenteren (preventie)activiteiten overzichtelijk om herkenbaarheid, het langdurig in beeld te blijven en de effecten van preventie te versterken bij een groot publiek. De programma's in deze nota richten zich met name op de doelgroep jeugd en hun ouders. Dit helpt de gemeenten in hun streven naar een herkenbaar en samenhangende programmaliijn.

Om preventieve programma's tot een succes te maken zijn de volgende randvoorwaarden nodig:

- Per gemeente worden de preventieactiviteiten samengebracht in een programma. Hierbij is overlapping en verschil in aard en intensiteit van activiteiten tussen gemeenten mogelijk.
- Een programmacoördinator wordt ingezet om de programmaliijn actueel te houden, de aandacht onder het grote publiek vast te houden (pr-taken) en samenhang in het activiteitenaanbod te waarborgen.
- Wanneer het een groots opgezet programma betreft, bijvoorbeeld op bovenregionaal niveau (Brabant Noordoost), is een project- of programmamanager wellicht noodzakelijk.<sup>13</sup>
- De gemeenten zijn bereid constructief samen te werken in het programma. Daarbij is een evenwicht tussen de eigen lokale identiteit en vereiste gezamenlijkheid van optreden en uitvoering noodzakelijk.

### Samenwerking tussen gemeenten bij collectieve preventie

Om samenwerking op het gebied van collectieve preventie en binnen de programmaliijnen effectief te laten zijn, maken de regiogemeenten de volgende afspraken:

1. De gemeenten anticiperen, voor zover mogelijk, samen op ontwikkelingen.
2. Programma's kunnen een start per gemeente maken of een gezamenlijke start maken.
3. Een gezamenlijk programma kent één regionaal startmoment.
4. Door middel van strategische keuzes en gezamenlijke afspraken wordt besloten tot een gezamenlijk programma.
5. Het inhoudelijke en financieel kader van een gezamenlijk programma wordt bij alle gemeenteraden gelijktijdig ingediend en vastgesteld.
6. Een gezamenlijk programma wordt pas definitief en uitgevoerd als alle gemeenteraden hebben ingestemd op inhoudelijke én financiële gronden.
7. De programma-uitvoering gebeurt in gezamenlijkheid.
8. Binnen een gezamenlijke programma heeft iedere gemeente de mogelijkheid activiteiten toe te voegen of af te wijzen. Goede communicatie is vereist om de samenhang en samenwerking te behouden.
9. Projectcoördinatie binnen een gezamenlijk programma wordt pas ingezet wanneer alle gemeenten akkoord gaan.
10. Bij de ontwikkeling en uitvoering van een gezamenlijk programma wordt rekening gehouden met de draagkracht en behoefte van elke gemeente.

## Bewezen effectiviteit

Belangrijk nevendoeel van een preventief programma is nagaan hoe activiteiten die gezond gedrag bevorderen gaandeweg effectief en efficiënt ingevoegd kunnen worden in reguliere structuren van openbare gezondheidszorg en jeugdbeleid. Dat zijn bij uitstek de structuren die ondersteuning bieden aan ouders en jeugdigen op het gebied van (gezond) opvoeden en opgroeien. Leefstijlbeïnvloeding zal onderdeel moeten gaan uitmaken van het toekomstig aanbod in het Centrum voor Jeugd en Gezin.

## Programma's 2008-2011

De jeugdijaren leggen de basis voor de gezondheid op latere leeftijd<sup>14</sup>. Dat is de drijfveer om vooral met de doelgroep jeugdigen en hun ouders aan de slag te gaan de komende jaren. Daarbij staan de gemeenten drie doelen voor ogen:

- Het tegengaan van alcoholmisbruik bij jeugdigen in het algemeen en het bestrijden van alcoholgebruik door kinderen jonger dan 16 jaar.
- Het bevorderen van een gezond voedings- en beweegpatroon en het stimuleren van jeugdigen om dat ook vol te houden.
- Het bieden van goede voorbeelden en ondersteuning aan ouders bij het bevorderen van gezond leven en het zelf geven van het goede voorbeeld.

<b>1. Gezamenlijk Programma Alcoholpreventie</b>	
<b>Aanleiding</b>	Het alcoholgebruik onder jongeren is de laatste jaren toegenomen. Alcoholgebruik op jonge leeftijd tast de ontwikkeling van de hersenen aan, is schadelijk voor diverse organen, geeft een extra groot risico op acute alcoholvergiftigingen en vergroot de kans op verslaving op latere leeftijd.
<b>Doel</b>	1. Bestrijden van alcoholgebruik door jeugdigen jonger dan 16 jaar 2. Tegengaan van schadelijk alcoholgebruik bij jeugdigen 3. Het bieden van goede voorbeelden en ondersteuning aan de omgeving van de jeugdige.
<b>Doelgroep</b>	Jeugd tussen de 10 en 16 jaar met systeembenadering: de hele omgeving van de jongere wordt benaderd.
<b>Planning</b>	Start preventie begin 2009
<b>Werkwijze</b>	Er wordt ingezet op een drietal speerpunten: 1. Educatie en publiek draagvlak 2. Preventie 3. Regelgeving en naleving Deze speerpunten worden uitgevoerd binnen drie beleidsvelden, zodat de preventieve aanpak verstevigd wordt: 1. Welzijnsbeleid – (Jeugd)gezondheidszorg 2. Regelgeving – Openbare orde 3. Handhaving – Veiligheid Gezien de schaalgrootte (21 gemeenten) is projectmanagement vereist (bovenregionaal).

<b>Samenwerkingspartners</b>	Gemeenten Brabant-Noord Politie en justitie Veiligheidshuis Voedsel- en waren autoriteit Huisartsen Novadic-Kentron GGD Hart voor Brabant Horeca Detailhandel Onderwijs Ouders Sportkantines
<b>Preventie-activiteiten</b>	De activiteiten zijn nu nog niet bekend, aangezien het project zich in de ontwikkelfase bevindt. De in te zetten activiteiten kunnen per gemeente verschillend zijn, de boodschap naar het publiek is echter hetzelfde.
<b>Evaluatiemomenten</b>	Evaluatiemomenten en effectmetingen zijn nu nog niet bekend, maar worden later ingepland.
<b>Kosten</b>	De kosten van het vierjarig plan in de regio Zuid-Oost Brabant bedragen €776.500,-. (grootweg €1,00 per inwoner) Het is in deze oriënterende fase lastig dit bedrag om te slaan naar een bedrag per inwoner in Brabant Noordoost. De regio Eindhoven is, qua inwoneraantal, groter dan Brabant-Noord. De effecten (positief/negatief) van het verschil in schaal grootte en het al dan niet ontvangen van extra subsidiestromen zijn op dit moment niet te overzien.

<b>2. (Gezamenlijk) Programma Preventie Overgewicht</b>	
<b>Aanleiding</b>	Het aantal mensen met overgewicht in Nederland is zorgwekkend, zeker vanwege het feit dat dit aantal nog steeds in hoog tempo toeneemt. Recent onderzoek toont aan dat onder jeugdigen in de leeftijd van vier tot vijftien jaar het aantal kinderen met overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) sterk is toegenomen. Overgewicht heeft grote medische, maatschappelijke en financiële consequenties. Overgewicht, en met name obesitas, vormt een belangrijke risicofactor voor aandoeningen als hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, klachten aan het bewegingsapparaat en psychosociale problemen.
<b>Huidige werkwijze</b>	Binnen de regio Uden-Veghel worden vele activiteiten ondernomen die een bijdrage leveren aan het voorkomen, beperken of terugdringen van overgewicht. Hierbij gaat het zowel om activiteiten in de sfeer van beweging als voeding. Er is echter nog geen sprake van een <i>gestructureerd samenhangend beleid</i> gebaseerd op een <i>meerjaren programmatische benadering</i> . De gemeente Uden is hier, ondersteund door de GGD, in 2005 wel mee gestart. In het kader van een te ontwikkelen meerjarenprogramma overgewicht zal de regio bezien of en in welke mate zij kan aansluiten bij het in gemeente(n) reeds ontwikkelde beleid dan wel in de lokale situatie haalbare activiteiten kan navolgen.
<b>Doel</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Voorkomen van overgewicht bij 0-19 jarigen.</li> <li>2. Het voorkomen van toename van al bestaand overgewicht bij 0-18 jarigen.</li> <li>3. Te komen tot een gestructureerd, samenhangend meerjaren programma Preventie Overgewicht</li> </ol>

<b>Doelgroep</b>	De primaire doelgroep zijn jeugdigen van 0-19 jaar en hun opvoeders, omdat in deze doelgroep gewoontes nog gevormd worden en de meeste gezondheidswinst is te boeken.
<b>Planning</b>	Start uitwerking programma Preventie Overgewicht begin 2008 Half 2008 inhoudelijk en financieel raadsvoorstel gelijktijdig in de raden brengen. Start uitvoering programma Preventie Overgewicht begin 2009 (of zoveel eerder als plaatselijk mogelijk of wenselijk is).
<b>Werkwijze</b>	Om te komen tot een gestructureerd, samenhangend meerjaren programma Preventie Overgewicht wordt een programmacoördinator aangewezen. Dit kan een medewerker gezondheidspreventie van de GGD Hart voor Brabant, of als de opzet van het programma zeer beperkt is een ambtenaar van één van de gemeenten. PR-activiteiten worden één van de belangrijkste taken: 1. tussen de gemeenten onderlinge afstemming, 2 het publiek bewust maken. 3. Uitlichten van activiteiten die elkaar kunnen versterken in programmatisch verband. Gemeenten gaan in gesprek met GGZ/AMW over obesitaspreventie en eetstoornissen.
<b>Samenwerkingspartners</b>	Gemeenten in de regio Uden/Veghel GGD Hart voor Brabant STBNO GGZ Huisartsen Onderwijs Ouders Sportverenigingen Sportcentra, etc.
<b>Preventie-activiteiten</b>	De activiteiten zijn nu nog niet geïnventariseerd, aangezien het programma zich in de ontwikkelfase bevindt. De in te zetten activiteiten kunnen per gemeente verschillend zijn, de boodschap is echter hetzelfde.
<b>Evaluatiemomenten</b>	Evaluatiemomenten en effectmetingen zijn nu nog niet bekend, maar worden later ingepland.
<b>Kosten</b>	De financiële draagkracht voor dit programma verschilt sterk per gemeente. Wanneer dit programma verder is uitgewerkt, kan per gemeente worden besloten tot welke activiteiten wordt overgegaan. De regiogemeenten willen echter geen onnodige kosten maken ten behoeve van intermediairen (projectmanagement), maar de middelen inzetten ten behoeve van de preventieactiviteiten zelf. Het streven is projectcoördinatie bij regionale activiteiten beperkt en efficiënt in te zetten en zo mogelijk te bekostigen uit de lokale accenten bij het basispakket GGD.

<b>3. Voorkomen en terugdringen van psycho-sociale problematiek</b>	
<b>Aanleiding</b>	<p>Er vindt momenteel een oriëntatie plaats op de wenselijkheid en mogelijkheid van een programma depressiepreventie op de schaal van de regio Brabant-Noordoost. Onder de titel 'Leve(n)de GGZ Preventie' hebben de instellingen die actief zijn op het vlak van de openbare geestelijke gezondheidszorg een inventariserende nota gemaakt van het beschikbare aanbod op het gebied van preventie van geestelijke gezondheidsproblemen voor de regio Brabant-Noordoost.</p> <p>Daarnaast loopt in de gemeenten Boekel, Landerd, Sint-Oedenrode, Uden en Veghel momenteel een programma dat zich op preventie van eenzaamheid bij ouderen richt. Dit programma is aangezet binnen de eerste nota voor lokaal gezondheidsbeleid 2004-2007. Het formele kader voor uitvoering en bekostiging van dit programma is de regionale nota ouderenbeleid. Dit preventieprogramma wordt hier dan ook niet uitgewerkt.</p>
<b>Doel</b>	Vergroten van het bereik depressiepreventie door: geïntegreerde publieksvoorlichting, ondersteuning van sleutelfiguren en intermediairen, uitvoering interventies op wijk-/buurt-/dorpniveaus, betere afstemming en samenwerking tussen professionele organisaties en vormgeven van 'train de trainers' trajecten.
<b>Doelgroep</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jongeren met somberheidsproblemen (en hun ouders)</li> <li>2. Mensen met psychische klachten (en hun mantelzorgers)</li> </ol>
<b>Planning</b>	Nog onbekend
<b>Werkwijze</b>	Integraal programma voor depressiepreventie op schaal van Brabant-Noordoost
<b>Samenwerkingspartners</b>	De instellingen die actief zijn in de OGGZ De gemeenten Brabant-Noordoost
<b>Preventie-activiteiten</b>	Nog niet nader gespecificeerd
<b>Evaluatiemomenten</b>	Evaluatieschema kan pas ingevuld worden zodra er een kader voor een programma beschikbaar is en worden dus later ingepland.
<b>Kosten</b>	Nog niet nader gespecificeerd

De Wcpv is een wet die op collectieve preventieve gezondheidszorg is gericht. Doel van de wet is de gezondheid van (nog) gezonde burgers te beschermen en te bevorderen en ziekten te voorkómen en vroegtijdig op te sporen (primaire en secundaire preventie). De activiteiten in het kader van de Wcpv zijn gericht op collectieve preventie, nader te onderscheiden in universele preventie (de gehele bevolking) en selectieve preventie (risicogroepen in de bevolking).

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is erop gericht dat burgers, individuen, kunnen participeren in de maatschappij. Indien hiervoor belemmeringen bij de burger aanwezig zijn, dienen de gemeenten te zorgen voor maatschappelijke ondersteuning. Het doel van de Wmo is het meedoen van álle burgers aan álle facetten van de samenleving, zo mogelijk met hulp van familie, vrienden of bekenden. Voor kwetsbare groepen is extra aandacht; ouderen en mensen met een beperking mogen geen drempels ervaren.

De Wmo omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in negen prestatievelden waar de gemeente beleid op moet ontwikkelen:

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

### **Wcpv en Wmo bevorderen kwaliteit van leven**

De relatie tussen de beide wetten kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. Het is van groot belang om daarbij aandacht te hebben voor preventie, want daarmee is veel gezondheidswinst te behalen. De Wcpv begeeft zich met name op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. Het voeren van gezondheidsbeleid resulteert in meer gezonde jaren, minder ziektelast en een betere kwaliteit van leven. De Wmo richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie en heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. De Wmo maakt daarnaast iedereen verantwoordelijk voor de leefbaarheid en sociale samenhang.

Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, zo is uit menig onderzoek gebleken. Andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij weer mogelijk. Gezondheid in brede zin speelt dus een belangrijke rol bij de Wmo. Beide wetten hebben uiteindelijk een overstijgend

doel in zich, namelijk het bevorderen van kwaliteit van leven. Voor de gemeenten kan het effect van gezondheidsbeleid zijn dat het aantal zorgaanvragen in het kader van de Wmo afneemt. Investeren in gezondheidsbeleid is dus tevens een investering in leefbaarheid en maatschappelijke deelname.

### **Wcpv sorteert voor op Wmo**

Een belangrijk verschil tussen de Wcpv en de Wmo is, dat de Wcpv-taken, veelal plaatsvinden voordat er sprake is van een probleem waarvoor hulp nodig is: men spreekt over een maatschappelijke hulpvraag. De taken binnen de Wcpv bevinden zich in het publieke domein en dienen het collectieve belang. De Wmo, met als doel maatschappelijke ondersteuning, gaat eveneens uit van een maatschappelijke hulpvraag, maar tevens van concrete en individuele vragen van burgers die een probleem hebben. De twee wetten hebben verschillende doelstellingen, respectievelijk het bevorderen van de volksgezondheid en ziektepreventie (Wcpv) tegenover maatschappelijke participatie (Wmo).

De wetten kennen verschillende vormen van overheidssturing. De Wcpv wordt gematigd decentraal gestuurd en de Wmo sterk decentraal.

De preventieve taken binnen de Wmo zijn met name gericht op secundaire en tertiaire preventie, het gaat in het bijzonder om mensen die al 'zorg'/ondersteuning nodig hebben. Wcpv-taken richten zich op de primaire preventieve taken nog voordat mensen überhaupt problemen hebben en is specifiek gericht op gezondheidsbevordering en – bescherming.

Gezondheid in brede zin speelt een belangrijke rol in beide wetten. De Wcpv richt zich op de publieke gezondheid, dus zowel de fysieke, de psychische als sociale kant van gezondheid. De Wmo richt zich met name op het publiek welbevinden, de psychische en sociale kanten van die gezondheid.

### **De effecten van gezondheidspreventie op maatschappelijke participatie**

De beoogde effecten van de koppeling van Wcpv en Wmo zijn:

- ✓ Door een betere fysieke en psychische gezondheid neemt de aanspraak op individuele voorzieningen af.
- ✓ Een betere fysieke en psychische gezondheid bevordert de maatschappelijke participatie.
- ✓ Maatschappelijke participatie bevordert de leefbaarheid en sociale samenhang.
- ✓ Meer sociale samenhang leidt tot het kunnen en willen nemen van meer verantwoordelijkheid voor de eigen omgeving en die van de ander, bijvoorbeeld het verrichten van vrijwilligerswerk of mantelzorg.
- ✓ Gezondheidsbevordering en maatschappelijke ondersteuning worden integraal onderdeel van meerdere beleidsterreinen. De gemeente is in staat beleid in samenhang met elkaar uit te voeren.
- ✓ Gezondheidsbevordering staat niet meer op zich zelf en krijgt daardoor de aandacht die het verdient.

Door samenhang aan te brengen tussen het gezondheidsbeleid en de Wmo verbetert de kwaliteit van leven van inwoners en nemen hun kansen op maatschappelijke participatie toe.



## Eindnoten

---

1. In bijlage 6 is een omschrijving opgenomen van het begrip collectieve preventie.
2. Het betreft de gemeenten Bernheze, Boekel, Boxmeer, Boxtel, Cuijk, Grave, Dongen, Gilze en Rijen, Goirle, Haaren, 's-Hertogenbosch, Heusden, Hilvarenbeek, Landerd, Lith, Loon op Zand, Maasdonk, Mill en Sint Hubert, Oisterwijk, Oss, Schijndel, Sint Anthonis, Sint-Michielsgestel, Sint-Oedenrode, Tilburg, Uden, Veghel, Vught en Waalwijk.
3. Gemeenschappelijke Regeling GGD Hart voor Brabant, 2001.
4. Staatsblad 2002 - 468, Wet van 13 juli 2002 tot wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid.
5. Lalonde was een Canadese minister van volksgezondheid die dit model heeft geïntroduceerd.
6. Het zorgkantoor voert de Awbz namens alle zorgverzekeraars uit. Voor de Awbz is Nederland verdeeld in 32 regio's. In elke regio is een zorgkantoor. Daardoor heeft het zorgkantoor kennis van alles wat met de Awbz-zorg in de regio te maken heeft. Het zorgkantoor maakt afspraken met regionale zorgaanbieders over welke zorg zij zullen gaan leveren. Het zorgkantoor verstrekt ook persoonsgebonden budgetten. Het zorgkantoor voor de regio Uden – Veghel is gevestigd in 's-Hertogenbosch (tel. 073 – 6156494).
7. Zorgnota 2003 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, pag. 105/106.
8. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2006, RIVM.
9. In de richtlijn wordt onder onvoldoende groente en fruit verstaan: minder dan 200 gram groenten en / of minder dan twee stuks fruit per dag.
10. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen gaat uit van matig intensief bewegen (zoals fietsen, stevig doorwandelen) tenminste vijf dagen per week een half uur per keer.
11. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, RIVM.
12. [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl).
13. Wanneer de schaal van regio en programmaniveaus dusdanig uitgebreid is dat er vanuit meerdere disciplines in een groter gebied samengewerkt wordt, is programmamanagement noodzakelijk. De programmamanager is een functionaris die zich richt op de organisatie van de inhoud en structuur. Wanneer de schaal van het programma tot de regio Uden-Veghel beperkt wordt, er al plaatselijk keuzes gemaakt zijn of worden en een zekere diversiteit gegeven is, kan volstaan worden met een programmacoördinator. Dat is een functionaris die in aanvulling op plaatselijk niveau de regionale presentatie (vooral een afstemmende en pr-functie) in de gaten houdt: publiciteit, voldoende aandacht voor uitwisseling van activiteiten, linking naar gemeentelijke websites e.d.
14. Bron: [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl): In de jeugd wordt voor een groot deel de basis gelegd voor de gezondheid in de rest van het leven. Leefgewoonten (zoals voedings- en beweegpatronen) ontwikkelen zich in de jeugd en juist in deze groep zien we een toename van een ongezonde leefwijze. Zo staat tegenover een daling van het aantal rokers in Nederland een (stabiel hoge) prevalentie van roken onder jongeren. Onder 15-19-jarigen rookt 45% van de jongens en 36% van de meisjes, ongeveer evenveel als vier jaar geleden. Trends onder jongeren zijn zorgwekkend als het gaat om alcoholgebruik, de consumptie van groenten en het vóórkomen van overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht). Bij druggebruik, seksueel gedrag, lichamelijke activiteit en de consumptie van vet gaan de trends wel in de goede richting.