



Gemeente
Drechterland



**Kiezen voor
gezond leven**

**in
Drechterland
2009-2012**



Nota Lokaal Gezondheidsbeleid
Afdeling Welzijn
Vastgesteld door de gemeenteraad: 29 juni 2009

Inhoudsopgave	Pagina
Inleiding	2
1 Gezondheid	4
1.1 Gezondheid en beïnvloedende factoren	4
1.2 Openbare gezondheidszorg	5
2 Gemeentelijke verantwoordelijkheden	6
2.1 De Wet Publieke Gezondheid (Wpg)	6
2.2 De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)	8
2.3 Relatie tussen de Wpg en de WMO	10
2.4 Facetbeleid	10
2.5 Nota lokaal gezondheidsbeleid	11
3 Evaluatie gezondheidsbeleid periode 2003-2007 en aandachtspunten voor de toekomst	12
3.1 Landelijke ontwikkelingen	12
3.1.1 Gezondheid van de bevolking	12
3.1.2 Landelijke preventienota: Kiezen voor gezond leven	14
3.1.3 Landelijke ervaringen met de eerste nota's lokaal gezondheidsbeleid	15
3.2 Evaluatie gezondheidsbeleid Drechterland in de periode 2003-2007	16
4 Stand van zaken landelijke speerpunten en ontwikkelingen in Drechterland	20
4.1 Roken	20
4.2 Alcohol en drugs	21
4.3 Depressie	25
4.4 Overgewicht	28
4.5 Diabetes	30
4.6 Defibrillatoren	31
5 Gezondheidsbeleid en de WMO in Drechterland	32
6 Prioriteiten gezondheidsbeleid 2009-2012	37
6.1 Speerpunten gezondheidsbeleid Drechterland 2009-2012	37
6.2 Doelgroepen en actiepunten 2009	38
6.3 Financieel kader	41
6.4 Evaluatie	42
Bronvermelding	43
Lijst van afkortingen	44
Bijlage 1 Doelstellingen landelijke speerpunten	45

Inleiding

Gemeenten zijn krachtens de (herziene) Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) sinds juli 2003 verplicht om elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. In de WCPV staat wat gemeentelijke taken en rijkstaken zijn. Dit is bij het opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid een belangrijk uitgangspunt. De WCPV is sinds 1 december 2008 vervangen door de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). De Wpg integreert de WCPV, de Infectiewet en de Quarantainewet.

De eerste nota's lokaal gezondheidsbeleid werden opgesteld voor de periode 2003-2007. In de voormalige gemeente Drechterland was de regionale kadernota toen uitgangspunt voor het gezondheidsbeleid. De voormalige gemeente Venhuizen had in deze regionale kadernota ook een lokaal plan opgenomen. Voor de periode 2007-2011 dient de gemeenteraad opnieuw een nota lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen. Omdat 2007 en 2008 inmiddels voorbij zijn is deze nota opgesteld voor de periode 2009-2012.

Doel van het gemeentelijk gezondheidsbeleid is om de gezondheid van inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Het gaat met name om collectieve preventie: het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziekten en om het bevorderen van de onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en curatieve gezondheidszorg.

Voor het lokale gezondheidsbeleid voor de periode 2007-2011 zijn door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vijf speerpunten aangegeven:

- roken
- schadelijk alcoholgebruik
- overgewicht (bewegen en voeding)
- diabetes
- depressie (psychische gezondheid)

Naast bovengenoemde speerpunten kan de gemeente ook eigen speerpunten toevoegen. Op basis van ervaringen met de eerste nota's is het wenselijk om het aantal speerpunten niet te groot te maken. De meeste gemeenten in West-Friesland benoemen bij het opstellen van lokaal gezondheidsbeleid drie thema's als prioriteit.

De gezondheidssituatie van de bevolking is een belangrijk uitgangspunt voor het gezondheidsbeleid. De GGD (gemeentelijke gezondheidsdienst) heeft een belangrijke rol in het aanleveren van informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking.

De GGD heeft een essentiële adviesfunctie naar de gemeente. Maar burgers, vertegenwoordigers van cliënten- en patiëntenorganisaties, hulpverleners, zorgaanbieders en gemeenteonderdelen, zoals consultants van de wet werk en bijstand (WWB) en het WMO loket hebben ook hun inzichten.

Bij het vaststellen van lokale prioriteiten dient hierover met belanghebbenden en betrokken partijen zo veel mogelijk overeenstemming te worden bereikt.

Deze nota is opgesteld in het kader van een wettelijke verplichting en dient door de gemeenteraad te worden vastgesteld. Het is een sturingsinstrument voor het lokale gezondheidsbeleid voor de periode 2009-2012 dat vervolgens in een uitvoeringsplan zal worden vertaald. Het beleid is al gedeeltelijk in gang gezet. Zo is de preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik bij jongeren door de gemeenteraad in 2008 al als speerpunt van het lokale gezondheidsbeleid benoemd.

Na het vaststellen van de plaatselijke prioriteiten zal (de aanpak van) het lokale gezondheidsbeleid jaarlijks worden geëvalueerd. Waar nodig kan het beleid daarmee tijdig worden bijgesteld.

Deze nota is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 en 2 worden de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente op het terrein van het gezondheidsbeleid toegelicht. Ook wordt de relatie en samenhang met de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) beschreven. In hoofdstuk 3 wordt het gezondheidsbeleid in de periode 2003--2007 geëvalueerd en worden aandachtspunten voor het beleid in de periode 2009-2012 benoemd. In hoofdstuk 4 volgt een overzicht van de stand van zaken met betrekking tot de landelijke speerpunten en ontwikkelingen in Drechterland. In hoofdstuk 5 wordt de samenhang tussen het gezondheidsbeleid en de WMO in Drechterland aan de hand van de 9 prestatievelden van de WMO toegelicht. In hoofdstuk 6 worden de speerpunten voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid voor de periode 2009-2012 benoemd (inclusief actiepunten 2009). Ook wordt aangegeven hoe het beleid zal worden geëvalueerd.

Hoofdstuk 1: Gezondheid

Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Een goede gezondheid wordt door mensen vaak het belangrijkste aspect van hun leven genoemd. Gezonde mensen voelen zich beter, zijn minder vaak ziek en werken meer en langer. Ze kunnen in de samenleving beter meedoen en een goede gezondheid komt dus zowel het individu als de samenleving ten goede. Investeren in een goede gezondheid van de bevolking dient daarmee niet alleen een persoonlijk- maar ook een sociaal en maatschappelijke belang. Met betrekking tot het begrip gezondheid hanteren we de definitie van de World Health Organization (WHO): gezondheid is een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek.

1.1 Gezondheid en beïnvloedende factoren

De gezondheid van mensen kan door verschillende factoren worden beïnvloed. Vaak wordt onderscheid gemaakt in 4 factoren:

- 1) Biologische en erfelijke factoren.
Iedereen krijgt te maken met ziekte en de gevolgen daarvan. Ziekte is door biologische en erfelijke eigenschappen deels onvermijdelijk en vanuit dit oogpunt is veel ziektelast iets dat mensen gewoon overkomt.
- 2) Leefstijlfactoren.
Veel welvaartsziekten worden voor een belangrijk deel door het gedrag van mensen veroorzaakt. Met het veranderen van leefstijl en het versterken van gezond gedrag kan nog veel gezondheidswinst worden bereikt.
Het belangrijkste dat mensen hiervoor kunnen doen is goed voor zichzelf te zorgen: ongezond eten laten staan, meer bewegen, niet roken en minder alcohol drinken. Burgers kunnen dus kiezen voor gezond leven. Volwassenen moeten dat beseffen en zich ook bewust zijn van de keuze die zij daarin maken en (anders) kunnen maken. Volwassenen hebben een voorbeeldfunctie naar jongeren en dienen dit in hun gedrag tot uitdrukking te brengen. Met de titel 'Kiezen voor gezond leven in Drechterland' staat het bevorderen van een gezonde leefstijl in deze nota centraal.
- 3) Omgevingsfactoren: de sociale en fysieke omgeving.
In de eerste plaats zijn mensen zelf verantwoordelijk voor hun gedrag en dus ook voor de keuzes die zij daarbij maken. Maar bij het maken van gezonde keuzes spelen ook andere factoren een rol. Keuzes voor gezond gedrag vinden namelijk plaats in een sociale en fysieke omgeving die het gedrag van mensen en daarmee gepaard gaande 'keuzes' in belangrijke mate beïnvloeden.
Het gaat dan onder meer om het gezin waar jongeren opgroeien, de school die ze bezoeken, de winkel waar mensen inkopen doen, de buurt waar ze wonen en het bedrijf waar ze werken. Een verkeerde omgeving stimuleert tot het maken van ongezonde keuzes, terwijl een 'gezonde' omgeving het maken van gezonde keuzes zal bevorderen.
- 4) Gezondheidszorg.
Voor veel mensen is het lastig of zelfs onmogelijk om voor gezond gedrag te kiezen of dit vol te houden (vormen van verslaving). Voor het bevorderen van 'gezond gedrag' hebben veel mensen daarom baat bij ondersteuning. Voor een goede gezondheid is de beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen en - diensten van belang.

Samengevat:

1. **Biologische en erfelijke factoren:** de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte.
2. **Leefstijlfactoren:** het gedrag van mensen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit) is van invloed op hun gezondheid en het al dan niet ontstaan van ziekte.
3. **Omgevingsfactoren: de sociale en de fysieke omgeving:** gezin, school, winkels, de buurt waar mensen wonen, sociale contacten, huisvesting, het bedrijf waar mensen werken, inkomensaspecten, milieu, veiligheid, recreatiemogelijkheden.
4. **Gezondheidszorg:** de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.

Bij het bevorderen van een gezonde leefstijl is een integrale aanpak, waarbij bovengenoemde factoren in samenhang worden bekeken, vaak het meest effectief.

1.2 Openbare gezondheidszorg

Openbare gezondheidszorg (OGZ) is vooral gericht op collectieve preventie: de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit, alsook het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking. Bij openbare gezondheidszorg gaat het om zorg voor de gezondheid van de samenleving als geheel, van risicogroepen en van mensen die tussen de wal en het schip (dreigen te) vallen. Deze zorg is een aanvulling op de behandeling (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is. Naast collectieve preventie omvat de openbare gezondheidszorg ook activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen.

Hoofdstuk 2: Gemeentelijke verantwoordelijkheden

De gemeente heeft op basis van verschillende wetten verantwoordelijkheid voor de gezondheid van haar burgers. Op basis van de Grondwet en de Gemeentewet draagt de gemeente algemene verantwoordelijkheid voor de gezondheid van burgers en voor een samenhangend en toegankelijk gezondheidszorgstelsel in de regio.

De Wet Publieke Gezondheid (Wpg) geeft de gemeente naast deze algemene verantwoordelijkheid ook een duidelijke uitvoerende rol.

Sinds 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) van kracht. Deze wet heeft op belangrijke onderdelen raakvlakken met de Wpg. De Wpg en de WMO worden vanwege hun belang voor het lokale gezondheidsbeleid hieronder kort toegelicht. De Wet Publieke Gezondheid (Wpg) is sinds 1 december 2008 van kracht.

2.1 De Wet Publieke Gezondheid

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is sinds 1 december 2008 vervangen door de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). De Wpg integreert en vervangt de WCPV, de Infectieziektewet en de Quarantainewet.

De WCPV heeft als doel het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking. In de wet zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid vastgelegd. De gemeenten brengen de hieruit voortvloeiende werkzaamheden over het algemeen onder bij de GGD. Ook verplicht de wet de gemeente om een Gemeentelijke Gezondheid Dienst (GGD) in stand te houden.

De WCPV onderscheidt drie deelterreinen: 1) collectieve preventie, 2) infectieziektebestrijding en 3) jeugdgezondheidszorg.

1) Collectieve preventie

Burgemeester en wethouders bevorderen de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie. Daarnaast bevorderen zij de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg.

De taken van burgemeester en wethouders op dit terrein zijn in ieder geval:

- Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;
- Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- Bijdragen aan preventieprogramma's;
- Bevolkingsonderzoeken;
- Bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- Bevorderen van technische hygiënezorg;
- Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg¹.

2) Infectieziektebestrijding

Burgemeester en wethouders dragen zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan:

- algemene infectieziektebestrijding;
- bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids;
- tuberculosebestrijding;
- bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten;

¹ Deze taak is per 1 januari 2007 overgeheveld van de WCPV naar de WMO.

- het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding.

3) Jeugdgezondheidszorg

Burgemeester en wethouders dragen eveneens zorg voor de uitvoering van de (integrale) jeugdgezondheidszorg. Taken op dit terrein zijn in ieder geval:

- Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- Ramen van de behoefte aan zorg;
- Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
- Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De taken met betrekking tot de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) zijn via een Algemene Maatregel van Bestuur nader uitgewerkt in de vorm van een verplicht basistakenpakket. Het basistakenpakket bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Het maatwerkdeel kan op basis van de lokale zorgbehoefte worden ingevuld.

De WCPV vermeldt wat gemeentelijke taken en rijkstaken zijn. Gemeenten kunnen dus niet alle wettelijke taken zelf sturen. De WCPV is daarmee een gematigd decentrale wet.

Gemeenten zijn sinds juli 2003 verplicht om elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. Het Ministerie van VWS stelt sinds 2002 iedere vier jaar een preventienota vast waarin de landelijke prioriteiten op het terrein van de collectieve preventie worden aangegeven.

De Wpg, waar de WCPV sinds 1 december 2008 is ondergebracht, bevat vier nieuwe elementen:

1. Infectieziektebestrijding.

In de Wpg zijn internationale afspraken op het gebied van de bestrijding van infectieziekten verankerd. De wet maakt het mogelijk om sneller in te grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld Sars of vogelgriep. Ook kan met meer daadkracht worden opgetreden bij bijvoorbeeld een griepandemie. Een risico waar men wereldwijd serieus rekening mee houdt.

De wet regelt dat er voldoende voorzieningen beschikbaar moeten zijn om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden, met name in het internationale verkeer op grote havens en vliegvelden. In de nieuwe wet zijn de bevoegdheden van de burgemeester uitgebreid. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden jegens verantwoordelijke burgemeesters.

2. Gebruik digitaal dossier JGZ (EKD) verplicht

Gemeenten worden per 2009 verplicht de jeugdgezondheidszorg (JGZ) gebruik te doen maken van een digitaal dossier (een Elektronisch Kinddossier). Het EKD vervangt de papieren dossiers.

Artsen en verpleegkundigen van de jeugdgezondheidszorg houden het EKD bij. Bij alle kinderen van 0 tot 19 jaar gebruiken zij het EKD bij elk contactmoment voor informatie en registratie. Als een kind in zorg komt bij een andere JGZ instelling kan deze informatie snel, betrouwbaar en veilig worden overgedragen. Dit bevordert een goede hulpverlening.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Rijk zijn de landelijke dekking overeengekomen in het kader van het bestuursakkoord Samen aan de slag.

Het Rijk heeft via het gemeentefonds extra financiële middelen beschikbaar gesteld voor het werken met een digitaal dossier in de JGZ. Dit bedrag loopt op tot jaarlijks € 20 miljoen structureel vanaf 2011.

3. Uitvoering JGZ

Gemeenten blijven verplicht om een GGD in stand te houden. Hiermee wordt echter niet uitgesloten dat sommige taken, zoals de jeugdgezondheidszorg, buiten de GGD kunnen worden gelegd. Indien een gemeente hiervoor kiest moet dit via een openbare (Europese) aanbesteding worden georganiseerd.

4. Ouderengezondheidszorg

In de Wpg is een artikel opgenomen over ouderengezondheidszorg (artikel 5a). Voor gemeenten en de GGD is dit een nieuwe wettelijke taak. Gemeenten krijgen de opdracht voor de preventieve zorg voor ouderen. Bij de uitvoering hiervan moet het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorgdragen voor:

- Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - Het ramen van de behoefte aan zorg;
 - De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit (het hebben van twee of meer gezondheidsproblemen tegelijkertijd)
 - Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
- De concrete invulling van de ouderengezondheidszorg wordt aan de gemeenten overgelaten.

De Wpg is met ingang van 1 december 2008 in werking getreden, met uitzondering van de digitalisering van de patiëntendossiers in de jeugdgezondheidszorg (artikel 5 lid 3) en de ouderengezondheidszorg (artikel 5a). Deze onderdelen worden in de loop van 2009 nog aangevuld.

2.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

Sinds 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) van kracht. In de WMO zijn opgegaan de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), de Welzijnswet en delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ): onder meer huishoudelijke zorg en een aantal subsidieregelingen.

Met de komst van de WMO is de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) per 1 januari 2007 van de WCPV naar de WMO overgegaan. In de septembercirculaire van 2008 heeft de staatssecretaris met ingang van 2009 een verdere overheveling van AWBZ taken naar de WMO aangekondigd voor mensen die vanwege psychische en sociale problemen ondersteunende begeleiding nodig hebben.

Aanleiding voor de invoering van de WMO vormen zowel financiële als inhoudelijke overwegingen. Op financieel gebied vormen de almaar oplopende kosten van de AWBZ een belangrijke aanleiding. Door de toenemende vraag kan de zorg op termijn alleen betaalbaar blijven als de aanspraak op professionele zorg wordt teruggedrongen. In de WMO gaat het niet langer om verzekerde rechten op hulpverlening, maar wordt gesproken van het compensatiebeginsel. Daarbij is de burger eerst zelf verantwoordelijk.

Inhoudelijk is de WMO een participatiewet. Het streven is dat iedere burger, jong en oud en zowel met als zonder gezondheidsbeperkingen, actief aan de samenleving deel kan (blijven) nemen. De intentie is dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en de regie over hun eigen leven kunnen voeren. Kwetsbare mensen krijgen een steuntje in de rug. Uitgangspunt is dat de burger in eerste instantie zo veel mogelijk zelf (of in eigen kring) in zijn zorgbehoefte voorziet. De gemeente compenseert waar dat niet mogelijk is. Het samenhangende beleid dat daarvoor nodig is kan het beste zo dicht mogelijk bij de burger, dus door de gemeente, worden uitgevoerd.

De WMO maakt de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie van alle burgers. Kwetsbare groepen mogen geen drempels ervaren om deel te nemen aan de maatschappij. Anders dan bij de Wpg (gematigd decentrale wet) kenmerkt de WMO zich door een volledig decentrale sturingsvisie. Dit betekent dat elke gemeente zelf bepaalt op welke wijze ze de maatschappelijke ondersteuning organiseert. Aan de WMO liggen samengevat de volgende uitgangspunten ten grondslag:

- Door onder meer de vergrijzing is er een toenemende vraag naar zorg;
- Om de zorg betaalbaar te houden zijn burgers primair zelf verantwoordelijk voor het organiseren van de benodigde zorg;
- Solidariteit in de samenleving is hiervoor de basis en verdient ondersteuning van de overheid;
- Onderlinge verbondenheid en betrokkenheid dienen als tegenwicht tegen de individualisering;
- Door meer samenhang in voorzieningen kan een meerwaarde worden bereikt;
- Solidariteit en samenhang zijn het beste te beïnvloeden op lokaal niveau;
- Gemeenten dragen de financiële verantwoordelijkheid voor de WMO. Dit draagt bij aan kostenbeheersing en het motiveert gemeenten om te investeren in sociale samenhang.

In de doelstellingen van de WMO neemt de versterking van de burgermaatschappij (civil society) een belangrijke plaats in. Burgers worden geacht elkaar te helpen en er wordt naar gestreefd dat burgers zelf zorg en ondersteuning in hun eigen omgeving organiseren.

De WMO omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in de volgende negen prestatievelden.

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en 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 van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

Gemeenten moeten periodiek per prestatieveld aangeven welke doelen ze nastreven, welke activiteiten ze ondernemen, welke resultaten ze daarop behalen en wat de samenhang is tussen de prestatievelden. Dit alles in goed overleg met de relevante organisaties, de burgers en de raad.

De samenhang tussen gezondheidsbeleid en de WMO wordt aan de hand van de 9 prestatievelden van de WMO in hoofdstuk 5 kort toegelicht.

2.3 Relatie tussen de Wpg (WCPV) en de WMO

De relatie tussen de Wpg en de WMO kan worden omschreven als die van twee naast elkaar fungerende wetten met als overstijgend doel om de kwaliteit van leven van burgers te bevorderen.

Met betrekking tot de preventieve gezondheidszorg bestaat er onderscheid tussen universele, selectieve en doelgerichte preventie.

- Universele preventie heeft als doel om de gezondheid te bevorderen en gezondheidsproblemen te voorkomen. De doelgroep bij universele preventie is de gezonde populatie. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar risicogroepen.
- Selectieve preventie heeft als doel om gezondheidsproblemen in een vroegtijdig stadium op te sporen. Hierdoor kunnen deze problemen vroegtijdig worden behandeld, waardoor de gezondheidsschade kan worden beperkt. De doelgroep bestaat uit personen die door een erfelijke aanleg of door risicogedrag een verhoogd risico hebben om gezondheidsproblemen te ontwikkelen en/of ziek te worden.
- Doelgerichte preventie is gericht op mensen bij wie al gezondheidsproblemen zijn vastgesteld. Het doel is om de ziektelast te beperken en de kwaliteit van leven te verbeteren. Het voorkomen van complicaties en verergering van de ziekte valt onder

doelgerichte preventie. Met het aanpassen van de woning en/of het verstrekken van een rolstoel kan de zelfredzaamheid worden bevorderd.

De Wpg begeeft zich met name op het gebied van universele en selectieve preventie en heeft als doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen.

De WMO richt zich op selectieve en doelgerichte preventie en heeft als doel om te bevorderen dat alle burgers, dus ook burgers met fysieke, sociale en/of psychische beperkingen, kunnen deelnemen aan de maatschappij.

Om zo veel mogelijk te voorkomen dat inwoners een beroep doen op individuele WMO-voorzieningen is het van belang dat gemeenten in de collectieve preventieactiviteiten binnen de beide wetten (blijven) investeren.

2.4 Facetbeleid

Lokaal gezondheidsbeleid is gemeentelijk beleid gericht op de verbetering van de volksgezondheid. Gezondheidsbeleid heeft raakvlakken met gemeentelijk beleid op andere terreinen zoals welzijnsbeleid, jeugd- en onderwijsbeleid, ouderenbeleid, openbare orde en veiligheid, sociaal- en inkomensbeleid en bouwen en milieu. Voor het bereiken van een consistent beleid is van belang dat het gemeentelijke gezondheidsbeleid met alle betrokkenen wordt afgestemd met gemeentelijk beleid op deze andere terreinen.

De gemeente heeft een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. De GGD ondersteunt de gemeente met behulp van epidemiologische gegevens, bij de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbeleid en bij de evaluatie van het locale en regionale gezondheidsbeleid.

2.5 Nota lokaal gezondheidsbeleid

Krachtens de Wpg en haar voorganger: de WCPV, moet sinds juli 2003 elke gemeente elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid opstellen. In deze nota formuleert de gemeente haar ambities op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid.

Met de titel Kiezen voor gezond leven in Drechterland is het bevorderen van een gezonde leefstijl als hoofdthema van het lokale gezondheidsbeleid gekozen. Dit thema wordt in het volgende hoofdstuk toegelicht.

Hoofdstuk 3: Evaluatie gezondheidsbeleid periode 2003-2007 en aandachtspunten voor de toekomst

In het kader van de Wpg is de rijksoverheid verplicht om iedere vier jaar de landelijke prioriteiten voor de collectieve preventie vast te stellen. De uitvoering ligt voor een groot deel bij gemeenten. Het uitwerken en de uitvoering van het preventiebeleid is een cyclisch proces, waarin de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de landelijke preventienota en de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid op elkaar voortbouwen.

In 2003 bracht de minister van VWS in het kader van deze cyclus de eerste preventienota 'Langer gezond leven' uit. Veel gemeenten hebben in aansluiting hierop lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd en uitgevoerd. De nota 'Kiezen voor gezond leven' (2006) geeft richting aan de nieuwe gemeentelijke nota's. De aangegeven prioriteiten vloeien voort uit de gegevens over de gezondheid van de Nederlandse bevolking (Zorg voor gezondheid, VTV 2006, RIVM), uit de beschikbare (doelmatige) interventiestrategieën en uit het overleg dat is gevoerd met verschillende partijen die bij de uitvoering van preventie in de gemeenten betrokken zijn.

In dit hoofdstuk wordt het gezondheidsbeleid in de periode 2003-2007 geëvalueerd en worden de aandachtspunten voor de periode 2009-2012 benoemd.

3.1 Landelijke ontwikkelingen

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens stil gestaan bij: 1) ontwikkelingen in de gezondheid van de bevolking; 2) landelijke preventienota Kiezen voor gezond leven en 3) een landelijke evaluatie van de nota's lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007.

3.1.1 Gezondheid van de bevolking

Internationaal vergeleken leefden Nederlanders in 1960 op één na het langst van alle Europeanen. Nu is Nederland naar de middenmoot gezakt.

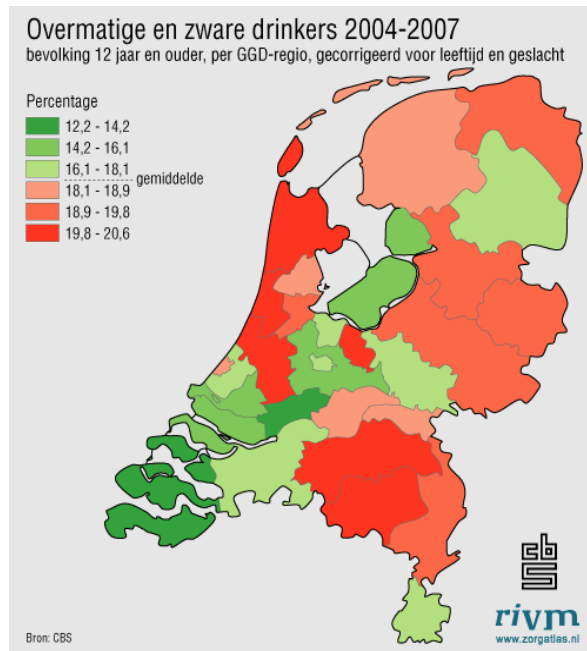
Sterfte, voorkomen van ziekten en verlies aan kwaliteit van leven bepalen samen de ziektelast van een aandoening. De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn achtereenvolgens: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressies. Vervolgens; diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie.

Hart- en vaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. Ook aan chronische luchtwegaandoeningen (longemfyseem en chronische bronchitis) gaan veel mensen dood. Psychische stoornissen tasten de kwaliteit van leven ernstig aan.

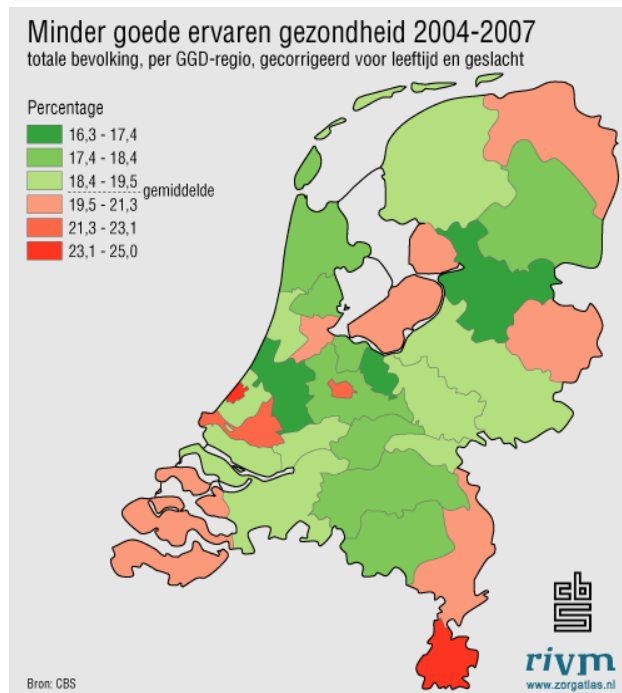
Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht leveren een forse bijdrage aan deze ziekten. Mensen kunnen tien jaar langer leven als ze op hun dertigste stoppen met roken. In vergelijking met Europeanen drinken Nederlandse jongeren vaker en meer alcohol. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan leiden tot hersenbeschadiging. Overgewicht wordt een toenemend probleem voor de Nederlandse volksgezondheid, vooral bij kinderen (VTV 2006). De balans tussen eten en bewegen is daarbij verstoord.

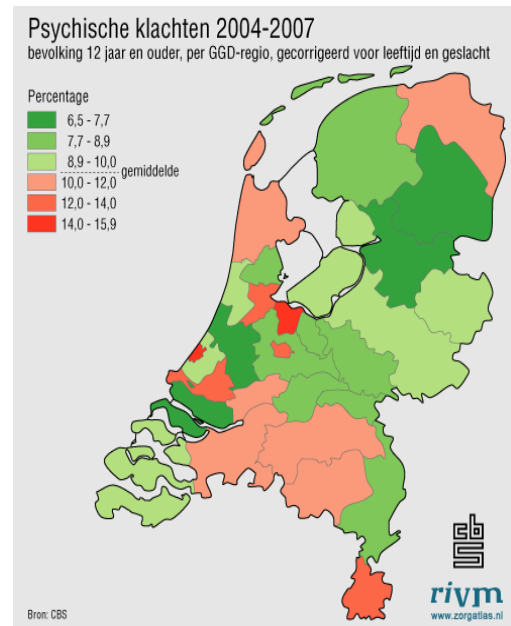
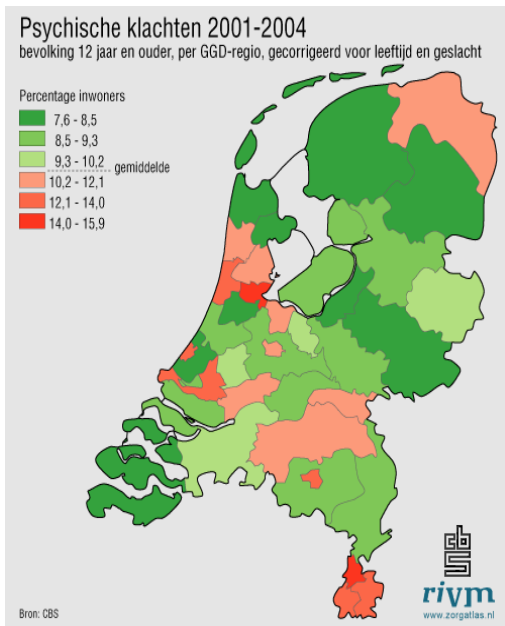
Mensen met een lage sociaal economische status leven over het algemeen ongezonder (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaal economische status.

Alcoholgebruik in Nederland



Psychische gezondheid in Nederland

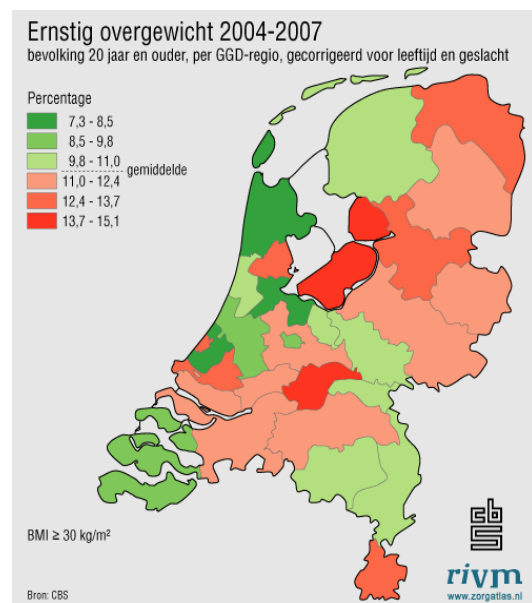
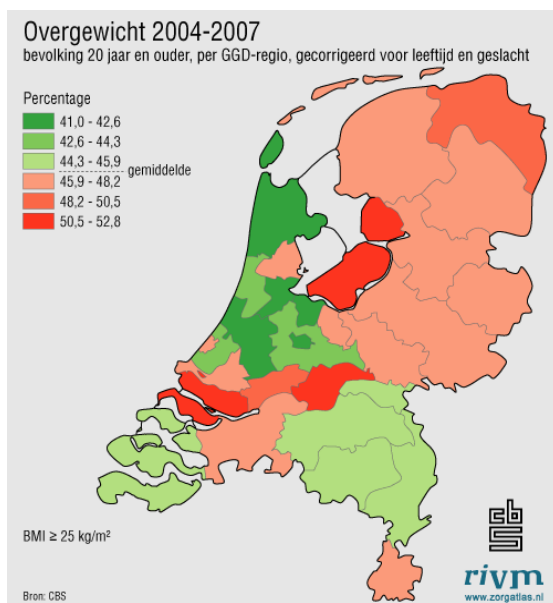




3.1.2 Landelijke preventienota Kiezen voor gezond leven

Preventiebeleid is erop gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. De nota 'Langer gezond leven (2003) richtte zich op ziekten die met leefstijl te maken hebben en risicofactoren die leiden tot een grote ziektelast. De nota bepleitte maatregelen voor drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. Meer dan driekwart van de gemeentelijke nota's volgden de landelijke prioriteiten uit de eerste rijksnota preventie. Voor deze speerpunten zijn zowel op landelijk als op lokaal niveau veel projecten opgezet.

Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) in Nederland



Succesvolle initiatieven hebben echter landelijk nog geen brede navolging gekregen en op de drie terreinen is nog steeds gezondheidswinst mogelijk en nodig. Het kabinet gaat daarom in 'Kiezen voor gezond leven' door op de ingezette weg.

In de landelijke preventienota Kiezen voor gezond leven, die in oktober 2006 is verschenen, zijn voor de komende periode vijf landelijke speerpunten vastgesteld namelijk:

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht (bewegen en voeding)
- Diabetes
- Depressie

Het voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht (voeding en bewegen) levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. Naast deze drie leefstijlfactoren zijn ook twee ziekten tot landelijk speerpunt benoemt: diabetes en depressie.

Diabetes is deels erfelijk bepaald (type 1) of een verouderingsziekte (type 2), maar het al op jonge leeftijd ontwikkelen van diabetes type 2 kan voor een aanzienlijk deel voorkomen worden met een gezonde leefstijl. Ook vroegsignalering en goede ketenzorg leveren gezondheidswinst op. Bij depressie kan vroegsignalering en tijdige interventie een flink deel van de ziektelast voorkómen.

3.1.3 Landelijke ervaringen met de eerste nota's lokaal gezondheidsbeleid

De rijksoverheid heeft in de nota Kiezen voor gezond leven op basis van landelijke gegevens de rijksprioriteiten voor de collectieve preventie voor de periode tot 2011 aangegeven. De gemeenten moeten de landelijke prioriteiten vertalen naar de plaatselijke situatie. Dit doen zij elke vier jaar in hun gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. Onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2005 laat zien dat de meeste gemeentelijke gezondheidsnota's de landelijke prioriteiten volgen. Met name in de uitvoering van de voorgenomen activiteiten ziet de IGZ op dat moment nog de nodige knelpunten. Samengevat komt de IGZ tot de volgende aandachtspunten:

- In de nota 's wordt nog te weinig naar de uitvoering van voornemens gekeken;
- Doordat gemeenten de plaatselijke gezondheidssituatie nog onvoldoende kennen sluiten maatregelen niet altijd op de problemen aan;
- Er wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt van beschikbare bewezen effectieve maatregelen;
- Er wordt nog te weinig gebruik gemaakt van eigen instrumenten om leefstijlveranderingen te ondersteunen;
- De samenhang in het lokale gezondheidsbeleid kan nog worden verbeterd.

Met Kiezen voor gezond leven wil het kabinet voor gemeenten de keus voor een gezond preventiebeleid daarom gemakkelijker maken door:

- Het ontwikkelen van informatie, kennis en interventies via programma's;
- Het geordend aanbieden en toegankelijk maken van preventiemethoden. Mede daarom wordt als onderdeel van het RIVM een Centrum voor Gezond Leven (CGL) opgericht. Het CGL voert de regie over het aanbod van gedragsbeïnvloedende methoden (leefstijlinterventies);
- Het ondersteunen van gemeenten bij beleidsontwikkeling- en uitvoering. Een bruikbaar instrument voor gemeentelijke beleidsontwikkeling is bijvoorbeeld de richtlijn 'tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid' van STIVORO (Stichting Volksgezondheid en Roken). Deze handleiding is een voorbeeld geweest voor

vergelijkbare handleidingen voor de andere speerpunten. Inmiddels zijn er ook landelijke handleidingen ontwikkeld voor preventie van overgewicht, preventie van depressie en het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik.

3.2 Evaluatie gezondheidsbeleid Drechterland in de periode 2003-2007

In de periode 2003 tot en met 2007 is in een aantal gemeenten in de regio West Friesland alleen gewerkt met een regionale kadernota en is er geen lokaal beleid afgesproken. Ook in de voormalige gemeente Drechterland was de regionale kadernota uitgangspunt voor het gezondheidsbeleid en was er geen lokaal plan afgesproken. Venhuizen had in de regionale kadernota wel een lokaal plan opgenomen. Als verbeterpunten voor de nieuwe nota's lokaal gezondheidsbeleid is regionaal het volgende aangegeven:

Om lokale plannen uit te kunnen voeren is het essentieel dat hiervoor ook financiële middelen ter beschikking worden gesteld:

- Het lokaal beleid moet niet te divers zijn. Het werkt beter als er per gemeente een beperkt aantal prioriteiten wordt gekozen;
- Wanneer gemeenten in onderlinge samenwerking activiteiten ontwikkelen kunnen ze van elkaar leren, mits op hoofdlijnen eenzelfde werkwijze wordt gehanteerd. Dit kan efficiencywinst opleveren en bevordert de onderlinge vergelijkbaarheid en uitwisseling van gegevens;
- De wens is geuit om de voortgang van het lokale gezondheidsbeleid per gemeente met een zekere regelmaat en op enigszins eenduidige wijze te evalueren, zowel het proces als de resultaten.

Inhoudelijk kende de regionale kadernota West Friesland voor de periode 2003-2007 de volgende thema's:

- 1) Psychosociale problematiek jeugd;
- 2) Hiaten in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ);
- 3) Versterking 1^e lijnsgezondheidszorg;
- 4) Thema leefstijl;
- 5) Bereikbaarheid van voorzieningen;
- 6) Gezond ouder worden;
- 7) Openbare orde en veiligheid;

Per thema zijn in de periode 2003-2007 in West-Friesland de volgende resultaten bereikt:

1) Psychosociale problematiek jeugd (PPJ)

Het doel was om voor psychosociale problematiek (PPJ) van de jeugd een beter vraaggestuurd hulpverleningsaanbod te realiseren. Een regionale werkgroep PPJ heeft het bestaande hulpverleningsaanbod in kaart gebracht om te zoeken naar oplossingsrichtingen voor bestaande knelpunten. Op basis van de bevindingen is door de gemeente Hoorn en de GGD een (concept) rapport met aanbevelingen voor een vervolg opgesteld.

Het gebrek aan ketensturing vormt de belangrijkste beperkende factor waardoor de keten als geheel onvoldoende probleemoplossend vermogen heeft en de doelen van de jeugdzorg niet worden gerealiseerd. Deze problemen gelden niet alleen voor West-Friesland, maar zijn een landelijk fenomeen. Het doorvoeren van wetswijzigingen om bestaande problemen op te lossen kost veel tijd waardoor een oplossing niet snel kan worden bewerkstelligd.

Een andere oplossingsrichting is dat de vroegsignalering van problemen moet worden verbeterd en aan adequate lichte hulpverlening moet worden gekoppeld. Het

wordt bij uitstek een taak geacht van gemeenten om er vanuit een regiefunctie zorg voor te dragen dat de hiertoe benodigde zorgstructuren in de eigen gemeente worden gerealiseerd.

De Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), die in het kader van overheidsbeleid worden gerealiseerd, moeten aan de oplossing van bovengenoemde knelpunten een belangrijke bijdrage leveren. Elke gemeente is verplicht een CJG op te zetten en eind 2011 moet er een landelijk dekkend netwerk van CJG's zijn gerealiseerd (zie ook hoofdstuk 5).

2) Hiaten in de OGGZ

De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is gericht op kwetsbare burgers die objectief gezien hulp nodig hebben, maar die daar meestal niet zelf om vragen. Het kan bijvoorbeeld gaan om dak- en thuislozen, zelfstandig wonende ouderen die vereenzamen of slachtoffers van huiselijk geweld. Deze burgers hebben vaak complexe problemen op meerdere gebieden. Er is bijvoorbeeld een combinatie van psychische problemen, schulden en verslaving. Het gevolg is dat vaak meerdere organisaties zijn betrokken bij het voorkomen en signaleren van problemen en het bieden van hulp. Het hulpaanbod van deze organisaties is vaak versnipperd en onvoldoende op elkaar afgestemd.

Het doel was om de hulpverlening te verbeteren door de onderlinge afstemming en samenwerking in het bestaande aanbod van de OGGZ te verbeteren. Hiertoe is op initiatief en onder regie van de samenwerkende gemeenten een regionaal OGGZ platform opgericht. Op 31 maart 2005 is door alle partijen een samenwerkingsconvenant getekend. Ook is een regionale stuurgroep OGGZ opgericht.

Onder regie van de stuurgroep OGGZ is een actieplan OGGZ ontwikkeld (GGD, 2006). Het bevorderen van de OGGZ is per 1 januari 2007 van de WCPV overgebracht naar prestatieveld 8 van de WMO (zie 2.3 en hoofdstuk 5). Reden voor deze overheveling is onder meer het versterken van de samenhang tussen de OGGZ en de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg, vanwege een grote overlap in de doelgroep.

3) Versterking 1^e lijnsgezondheidszorg

Op verzoek van de portefeuillehouders gezondheidszorg van de West-Friese gemeenten is door het Zorgkantoor een toekomstprognose opgesteld met het doel om mogelijke tekorten van aanbieders van 1^e lijnsgezondheidszorg in deze regio in kaart te brengen. Uit de inventarisatie is gebleken dat een eventueel tekort aan huisartsen en/of tandartsen op korte termijn nog niet aan de orde was.

4) Leefstijl

Doel was om de afstemming en samenwerking te verbeteren tussen zorgaanbieders die zich bezig houden met de preventie van roken, overmatig alcoholgebruik en het stimuleren van voldoende beweging en een gezond voedingspatroon.

Hiertoe is een regionaal platform leefstijl opgericht. Het platform heeft een preventienota leefstijl opgesteld (februari 2005) en ook een nota Alcohol?...Nog ff niet!

Ten aanzien van breedtesport was er in eerste instantie geen behoefte om dit regionaal vorm te geven. In de voormalige gemeentes Venhuizen en Drechterland is breedtesport wel vorm gegeven (evaluatie breedtesport is ter inzage beschikbaar).

5) Bereikbaarheid voorzieningen

Signalen dat de Centrale Huisartsenpost (CHP) slecht bereikbaar was zijn door de voorzitter en de secretaris van het portefeuillehouderoverleg MaDiVo (Maatschappelijke Dienstverlening en Volksgezondheid) met het management van de CHP besproken. Naar aanleiding van het overleg zijn de gewenste verbeteringen gerealiseerd.

6) Thema gezond ouder worden

Op basis van een behoefteonderzoek heeft de GGD een advies geschreven voor het oprichten van een digitale zorgwijzer. Dit heeft geleid tot een regionale digitaal sociale kaart voor de negen Westfriese gemeenten. De website www.oproet.nl is een wegwijzer voor wonen, welzijn en zorg.

De website www.jong.oproet.nl is een vergelijkbare website die speciaal op jongeren is gericht. De website bevat informatie over school, werk, geld, seks en relaties, discriminatie, rechten en plichten.

Met het oog op de preventie van eenzaamheid bij ouderen is in drie pilot gemeenten (Medemblik, Stede broec en Opmeer) een pilot project gestart. De resultaten zijn opgenomen in een handboek met handvatten voor gemeenten die de preventie van eenzaamheid bij ouderen vorm willen geven (handboek is ter inzage beschikbaar).

7) Thema openbare orde en veiligheid

Dit thema was met name gericht op de preventie van huiselijk geweld. Beoogd werd dat de Stuurgroep Huiselijk Geweld de regionale ontwikkeling van een integrale aanpak van huiselijk geweld verder vorm zou geven. De preventie van huiselijk geweld vereist een goede afstemming en samenwerking tussen enerzijds openbare orde en veiligheid en anderzijds het vorm geven van een adequaat hulpverleningstraject.

Met het oog op het hulpverleningstraject is een Plan van Aanpak Huiselijk Geweld West-Friesland opgesteld (beschikbaar ter inzage). Het bevat praktische handvatten voor het regionaal en lokaal vorm geven van een ketenaanpak, publiekscampagnes en de oprichten van een advies- en meldpunt huiselijk geweld. Het Advies en meldpunt Huiselijk Geweld West-Friesland is eind 2007 geopend. De preventie van huiselijk geweld is per 1 januari 2007 overgebracht naar prestatieveld 7 en 8 van de WMO

In het lokale gezondheidsbeleid van de toenmalige gemeente Venhuizen zijn voor de periode 2003-2007 de volgende thema's als prioriteit onder de aandacht gebracht:

1. Psychosociale problematiek jeugd;
2. Leefstijl: roken, drugs, alcohol, voeding en beweging;
3. Gezond ouder worden.

Voor deze items werden de volgende interventies voorgesteld:

- sport- en bewegingsstimulering: breedtesportimpuls, creëren van wandelroutes;
- voortzetten Brede School ontwikkeling en Buurtnetwerkontwikkeling; schoolmaatschappelijk werk, opvoedcursussen en versterken tienerwerk;
- voorlichting op het gebied van alcohol en drugs;
- eenzaamheidsproject voor ouderen.

Een evaluatie van het gezondheidsbeleid in de toenmalige gemeenten Venhuizen heeft door de fusie tussen de voormalige gemeentes Drechterland en Venhuizen niet meer plaats gevonden. In de volgende hoofdstukken volgt een beschrijving van de plaatselijke ontwikkelingen. De bovengenoemde onderwerpen komen daarin terug.

Hoofdstuk 4: Stand van zaken landelijke speerpunten en ontwikkelingen in Drechterland

In dit hoofdstuk wordt de stand van zaken gepresenteerd in Drechterland (begin 2009) met betrekking tot de landelijke speerpunten roken, schadelijk alcoholgebruik, depressie, overgewicht en diabetes.

Voor informatie over de gezondheid van de bevolking met betrekking tot deze speerpunten is gebruik gemaakt van een nota van de GGD: Speerpunten Kiezen voor gezond leven – Drechterland (maart 2007: nota is beschikbaar ter inzage). Daarin is onderscheid gemaakt in leeftijdsgroepen: jongeren, volwassenen (20 tot 64 jaar) en ouderen (55 jaar en ouder). Voor een toelichting op de beschreven informatie wordt naar de nota van de GGD verwezen.

In dit hoofdstuk benoemen we ook actuele ontwikkelingen met betrekking tot de gezondheid van de bevolking. Het alcoholgebruik in West-Friesland is zorgwekkend, met name bij jongeren. En er zijn aanwijzingen dat het aantal (pogingen tot) zelfdoding onder jongeren in West-Friesland hoger is dan gemiddeld. Daarbij wordt een relatie gelegd met het gebruik van alcohol en drugs. Voor het gezondheidsbeleid van onze gemeente zijn deze bevindingen en gebeurtenissen essentieel. Verder hebben we in 2008 automatisch externe defibrillatoren (AED' s) voor algemeen gebruik aangeschaft.

4.1 Roken

Roken in Drechterland

Van de 12-16 jarigen in Drechterland rookt 12%; dit betekent dat één op de acht jeugdigen rookt. Bijna een derde van de volwassenen (31%) in de leeftijd van 20 tot 64 jaar rookt. Van de ouderen (leeftijd 55 jaar en ouder) rookt 21% (rapportage GGD, maart 2007).

Stand van zaken

Door het horecaverbod mag sinds 1 juli 2008 niet meer gerookt worden in:

- Hotels, restaurants, cafés;
- Discotheken, coffeeshops en andere horeca;
- Musea, theaters, bioscopen, poppodia en andere culturele instellingen;
- Sportaccommodaties en sportkantines;
- Overdekte winkelcentra, congrescentra, evenementen-hallen en luchthavens.

De motivatie hiervoor is dat meerroken schadelijk is voor werknemers. Daarom heeft iedereen in Nederland sinds 1 januari 2004 recht op een gezonde werkplek. De horeca en de kunst waren tijdelijk uitgezonderd. Sinds 1 juli 2008 kunnen ook de werknemers in deze sectoren rookvrij werken. Ook de sportsector wordt rookvrij. Het toezicht- en handhavingsbeleid is geregeld via de VWA (Voedsel en Waren Autoriteit).

Maatregelen die het meerroken beperken, verstevigen 'niet-roken' als de dominante sociale norm en stimuleren de behoefte om te stoppen met roken. Omring biedt in de regio regelmatig cursussen stoppen met roken aan.

Roken in Drechterland (%)

			Drechterland	West-Friesland
Jeugdigen	Geslacht	Jongens	-	9,8
		Meisjes	-	11,3
	Leeftijd	0-4 jaar	-	-
		4-12 jaar	-	-
		12-16 jaar	-	10,6
	Opleidingsniveau	Vmbo	-	16,3
		havo/vwo	-	6,5
Totaal 12-16 jaar			11,8	10,6
Volwassenen	Geslacht	Mannen	-	39,4
		Vrouwen	-	31,2
	Leeftijd	20-34 jaar	-	40,5
		35-49 jaar	-	33,8
		50-64 jaar	-	31,9
	Opleidingsniveau	lager onderwijs	-	47,8
		lbo/mavo	-	38,6
		mbo/havo/vwo	-	35,5
		hbo/wo	-	25,3
	Totaal			31,3
Ouderen	Geslacht	Mannen	-	26,9
		Vrouwen	-	17,3
	Leeftijd	55-64 jaar	-	26,9
		65-74 jaar	-	19,5
		75 jaar en ouder	-	11,5
	Opleidingsniveau	lager onderwijs	-	20,6
		lbo/mavo	-	22,1
mbo/havo/vwo		-	20,7	
hbo/wo		-	25,1	
Totaal			20,6	22,0

4.2 Alcohol en drugs

4.2.1 Alcohol in Drechterland

In Drechterland gebruikt 43% van de 12-16 jarigen overmatig alcohol. Van de volwassenen in de leeftijd van 20 tot 64 jaar gebruikt 18% overmatig alcohol. Eén op de negen ouderen in de leeftijdsgroep 55 jaar en ouder (11%) gebruikt overmatig alcohol. Met name bij jongeren is het alcoholgebruik zorgwekkend. Uit onderzoek van de GGD (peildatum 2005) blijkt dat jongeren in de regio West-Friesland vaker alcohol drinken dan in de rest van Nederland. Bijna één op de drie jongeren (29%) is in de afgelopen vier weken minimaal één keer dronken geweest en ruim vier op de tien jongeren (43%) heeft in die periode overmatig alcohol gebruikt (minimaal vijf of meer alcoholische drankjes per gelegenheid in de afgelopen 4 weken).

4.1.2 Stand van zaken alcohol

Een aantal incidenten waarbij alcohol en drugs een belangrijke rol spelen, en waarbij ook sprake is van zelfdoding en moord, zijn in West-Friesland in 2007 aanleiding tot een gezamenlijk bestuurlijk optreden. Er werd een regionaal congres gehouden 'Van ongerustheid naar handelen' waarbij veel betrokkenen, bestuurlijk en beroepsmatig, aanwezig waren. Afgesproken is om een regionaal project op te zetten met als belangrijkste doel om het alcohol- en drugsgebruik door West-Friese jongeren te verminderen.

Op 5 november 2007 sluiten de colleges van burgemeester en wethouders van de gemeenten Andijk, Drechterland, Enkhuizen, Hoorn, Koggenland, Medemblik,

Opmeer, Schagen, Stede Broec en Wervershoof met de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) een overeenkomst om een halt toe te roepen aan het overmatig drankgebruik onder jongeren. Het streven is dat jongeren niet voor hun 16e jaar beginnen met drinken en vanaf 16 jaar minder gaan drinken. In de overeenkomst worden de volgende doelen geformuleerd:

- De omvang van de groep jongeren in de leeftijd van 10-23 die drinkt, zal in 2009 5% kleiner zijn dan in 2007
- De startleeftijd waarop voor het eerst alcohol gedronken wordt, zal in 2009 niet lager zijn dan in 2007
- De overmatige consumptie van alcohol door de groep 10-23 jarigen zal in 2009 5% lager zijn ten opzichte van 2007
- De overlast van jongeren is medio 2009 met 5% afgenomen ten opzichte van 2007. Dit zal blijken uit de registratie van de politie, onder de categorieën geweldsmisdrijven en vernielingen

Zwaar alcoholgebruik* in Drechterland (%)

			Drechterland	West-Friesland
Jeugdigen	Geslacht	Jongens	-	47,2
		Meisjes	-	38,9
	Leeftijd	0-4 jaar	-	-
		4-12 jaar	-	-
		12-16 jaar	-	42,9
	Opleidingsniveau	Vmbo	-	52,0
		havo/vwo	-	36,3
Totaal 12-16 jarigen			42,9	42,9
Volwassenen	Geslacht	Mannen	-	26,2
		Vrouwen	-	8,3
	Leeftijd	20-34 jaar	-	23,1
		35-49 jaar	-	16,0
		50-64 jaar	-	13,4
	Opleidingsniveau	Lager onderwijs	-	21,6
		lbo/mavo	-	18,1
		mbo/havo/vwo	-	18,0
		hbo/wo	-	15,1
	Totaal			18,0
Ouderen	Geslacht	Mannen	-	15,7
		Vrouwen	-	4,7
	Leeftijd	55-64 jaar	-	12,9
		65-74 jaar	-	9,5
		75 jaar en ouder	-	2,5
	Opleidingsniveau	Lager onderwijs	-	13,9
		lbo/mavo	-	10,4
mbo/havo/vwo		-	9,2	
hbo/wo		-	9,6	
Totaal			10,6	10,7

*Zwaar (of overmatig) alcoholgebruik:

Voor ouderen en volwassenen: gebruikt op minstens 1 dag per week 6 of meer glazen alcohol.

Voor jeugdigen: het gebruik van 5 of meer alcoholische drankjes tijdens één gelegenheid in de afgelopen 4 weken.

Bovengenoemde ontwikkelingen hebben een sterke relatie met de landelijke speerpunten alcohol en depressie in het gezondheidsbeleid. Eind 2007 wordt duidelijk welke concrete acties er worden genomen en wordt een link gelegd naar de inbedding (zowel bestuurlijk als financieel) in het lokale gezondheidsbeleid.

Voor de ontwikkeling van een regionale aanpak wordt het project 'Jeugd en Alcohol' opgezet. Er starten drie werkgroepen die zich richten op:

- preventie, hulpverlening en bewustwording;

- regelgeving en handhaving;
- communicatie.

De werkgroep *preventie, hulpverlening en bewustwording* houdt zich bezig met:

- voorlichting en educatie gericht op jongeren en hun ouders, leerkrachten, jongerenwerkers, huisartsen
- verbetering in het aanbod en de onderlinge afstemming van cursussen, trainingen en behandeling
- het maken van afspraken met ziekenhuizen over het doorgeven van gegevens over 'coma-drinkers'
- creëren van een omgeving die stimuleert tot gezond gedrag

Eén van de eerste concrete activiteiten van deze werkgroep is de ondertekening van een convenant met 100 basisscholen over alcoholvoorlichting in het basisonderwijs. De volgende stap is een convenant voor het voortgezet onderwijs.

Met betrekking tot het project 'Jeugd en Alcohol' zijn in de raadsvergadering van 25 augustus 2008 de volgende uitgangspunten vastgesteld:

- 1) De regie van het alcoholmatigingsbeleid ligt bij de gemeente;
- 2) Er is sprake van een uniforme aanpak in de regio;
- 3) Alle deelnemende gemeenten spreken zich uit voor de ontwikkeling van een duurzaam regionaal alcoholmatigingsbeleid voor jongeren;
- 4) Het alcoholmatigingsbeleid kent twee sporen vanuit de volgende disciplines:
 - openbare orde en veiligheid;
 - volksgezondheids- en jeugdbeleid ;
- 5) Het alcoholmatigingsbeleid kent drie pijlers:
 - preventie, hulpverlening en bewustwording
 - regelgeving en handhaving
 - communicatie

Op basis hiervan richt het te ontwikkelen alcoholmatigingsbeleid, met inachtneming van de doelstellingen uit de overeenkomst met BZK, zich op:

- voorlichting en educatie, aanbod van voorzieningen en stimulans tot gezond gedrag;
- een doelgroepgerichte aanpak gericht op jongeren tot 16 jaar en uitgaande jongeren vanaf 16 jaar en volwassenen, ouders en ondernemers/bestuurders van verenigingen en scholen;
- het beïnvloeden van de drinkomgeving en het beperken van de beschikbaarheid van alcohol;
- beleidsmaatregelen die de alcoholmarkt reguleren;
- maatregelen voor de horecabedrijven, sport- en buurtverenigingen, hokken en keten, scholen, supermarkten en slijterijen;
- strikt handhaven van de regels;
- doelgroep gerichte communicatie en voorlichting ter begeleiding van te nemen maatregelen.

4.2.1 Drugs in Drechterland

In relatie tot bovengenoemde gebeurtenissen is een belangrijke vraag in welke mate jongeren in Drechterland drugs gebruiken. Uit onderzoek van I&O Research (Jeugdmonitor West-Friesland) blijkt dat 8% van de 12 t/m 15 jarige jongeren in de voormalige gemeente Drechterland en 3% van deze leeftijdsgroep in de voormalige gemeente Venhuizen wel eens

drugs heeft gebruikt (rapportage 2007, peildatum 2006). Op de vraag welke drugs de jongeren wel eens gebruiken worden slaap- en kalmeringsmiddelen en hasj/wiet het meest genoemd.

In de leeftijdsgroep 16 t/m 23 jaar heeft in West-Friesland bijna de helft van de jongeren (45%) wel eens drugs gebruikt (rapportage 2006, peildatum 2005). In de voormalige gemeenten Drechterland en Venhuizen zijn deze cijfers respectievelijk 42% en 38%. Van de voorgelegde middelen worden hasj/wiet door de West-Friese jongeren het meest geprobeerd: 38% gebruikte dit ooit. Het 'ooit' gebruik van XTC is 6%, cocaïne 4% en speed 3%.

De positie van de ouders ten opzichte van het drugsgebruik van hun kinderen verschilt sterk met de opinie omtrent het drinkgedrag, zo blijkt uit het onderzoek. Bijna een derde deel van de ouders weet niets af van het drugsgebruik van hun kinderen, ruim veertig procent verbiedt het, raadt het af of dringt aan op minderen. Ter vergelijking: volgens de jongeren heeft de overgrote meerderheid van de ouders geen problemen met hun alcoholgebruik: 'ze zeggen er niets van' of 'ze vinden het goed' zegt 86%.

4.2.2 Stand van zaken drugs in Drechterland

Naar aanleiding van bovengenoemde gebeurtenissen en de relatie met dealen en gebruik van (hard) drugs hebben het Openbaar Ministerie, de politie Noord-Holland en de gemeente Stede Broec een plan van aanpak vastgesteld om het dealen en gebruik van (hard)drugs bij jongeren aan te pakken. Sinds 1 oktober 2008 worden maatregelen uit het plan van aanpak uitgevoerd. De aanpak geldt eerst in Stede Broec, maar het Openbaar Ministerie en de politie hebben inmiddels afspraken gemaakt met heel West-Friesland.

De intentie is om de hulpverlening met betrekking tot het drugsgebruik onder jongeren in West-Friesland in regionaal verband verder te ontwikkelen. In onze gemeente wordt op initiatief van een kleine groep ouders, in samenwerking met Brijder Verslavingszorg en het jeugdwerk, het thema 'bewustwording van ouders voor risico's waarin kinderen kunnen opgroeien' besproken. Deze ouders ervaren dat er nog altijd weinig openheid is over dit onderwerp en vragen zich af wat ze samen met andere ouders kunnen doen om meer openheid over dit onderwerp te krijgen om de signalen van kinderen beter te leren (h)erkennen.

De jongerenquête West-Friesland (E-Movo) 2005 (jongeren in klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs) vermeldt dat roken, alcoholgebruik en drugsgebruik vaker voorkomen bij jongens, vierdeklassers en vmbo-leerlingen dan respectievelijk meisjes, tweedeklassers en havo/vwo leerlingen.

4.3 Depressie

Depressie in Drechterland

De belangrijkste symptomen van depressie zijn een aanhoudende neerslachtige stemming en een ernstig verlies aan interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten. De neerslachtigheid bij depressie is heviger dan de 'gewone' neerslachtigheid die iedereen wel eens heeft en klaart na een paar dagen niet vanzelf op. Landelijk zijn er naar schatting ongeveer 850.000 mensen met depressie. Jaarlijks krijgen 285.000 volwassenen een eerste depressie. Depressie is als landelijk speerpunt gekozen omdat de ziektelast door vroegtijdige signalering en behandeling sterk kan worden beperkt. Het streven is dat meer mensen preventieve hulp krijgen tegen depressie (in 2006 worden slechts ongeveer 4000 personen bereikt).

De GGD heeft haar factsheet (feitenoverzicht) niet gebaseerd op depressie, maar op psychische gezondheid in het algemeen. De motivatie hierbij is dat bij het maken van keuzes voor het lokale gezondheidsbeleid psychische problemen, eenzaamheid en minder goed ervaren gezondheid ook een belangrijke rol kunnen spelen (GGD, maart 2007) .

In de factsheet van de GGD worden de volgende cijfers genoemd:

- 7% van de jeugdigen in Drechterland ervaart zijn of haar gezondheid als matig of slecht; dit percentage wijkt niet af van het regiopercentage;
- Bijna een kwart (24%) van de volwassenen ervaart zijn of haar eigen gezondheid als minder goed en van de ouderen vindt 18% de eigen gezondheid minder goed;
- Het percentage jeugdigen met een lage score voor psychische gezondheid bedraagt 19%; regionaal is dit 16%;
- Uit onderzoek van I&O Research (Jeugdmonitor West-Friesland) blijkt dat één op de vijf jongeren in de leeftijdsgroep 12 t/m 15 jaar in de voormalige gemeente Drechterland en 22% van deze leeftijdsgroep in de voormalige gemeente Venhuizen op school wordt gepest (rapportage 2007, peildatum 2006);
- Ruim een kwart van de volwassenen (29%) heeft psychische problemen; van de ouderen in Drechterland is het voorkomen van psychische problemen niet bekend;
- 43% van de volwassenen in Drechterland is eenzaam; dit komt vrijwel overeen met het regionale percentage;
- Van de ouderen geeft 37% aan eenzaam te zijn; ook dit percentage wijkt niet af van het regiopercentage.

Stand van zaken depressie, psychische ongezondheid en preventie eenzaamheid in Drechterland

Omdat er aanwijzingen zijn dat het aantal (pogingen tot) zelfdoding (suicide) onder jongeren in West-Friesland hoger is dan gemiddeld is in het najaar van 2008 onder leiding van prof. dr. A. Kerkhof van de Vrije Universiteit een onderzoek gestart naar suïcidaal gedrag in West-Friesland. Dit onderzoek moet aangrijpingspunten opleveren voor preventie van psychische problemen en eventueel middelengebruik.

De GGD heeft per januari 2009 een factsheet opgesteld over suïcide in Noord Holland Noord (NHN). Conclusies zijn:

- Het aantal mensen dat door suïcide om het leven komt is in NHN lager dan landelijk;
- Er lijkt in NHN een toename te zijn van suïcides in 2008 terwijl landelijk het aantal suïcides lijkt te dalen;

- Jongeren en vrouwen denken vaker aan suïcide en hebben vaker een poging gedaan dan mannen en volwassenen. Mannen en ouderen komen vaker door suïcide om het leven;
- Er is meer onderzoek nodig naar suïcidegedachten en - pogingen onder ouderen.

In Noord-Holland Noord worden in samenwerking met onder andere GGZ (geestelijke gezondheidszorg) een aantal preventieprojecten uitgevoerd waarin aandacht is voor psychische gezondheid, middelengebruik en het voorkomen van suïcide. In dit kader wordt onder meer een training 'Leren signaleren' gegeven voor docenten in het voortgezet onderwijs.

De GGZ heeft samen met Brijder Verslavingszorg een 'mobiel expertiseteam' opgericht, dat meteen in actie komt als er berichten zijn over jongeren met psychische problemen in relatie met middelengebruik (Volkskrant 27 oktober 2007: GGZ pakt psychisch leed van jeugd in de regio aan, http://www.ggzwf.nl/uploads/download/artikel_volkskrant.pdf).

In Drechterland is sinds eind 2005 voor alle basisscholen schoolmaatschappelijk werk beschikbaar. Het schoolmaatschappelijk werk is in projectvorm gestart met subsidie van de provincie en wordt in het schooljaar 2008-2009 voortgezet.

Bij eerdergenoemde cijfers vallen verder de hoge percentages op bij volwassenen en ouderen die zich eenzaam voelen. Door verschillende oorzaken (gezondheidsproblemen en mobiliteitsproblemen, verlies van een partner en een afkalvend sociaal netwerk) kunnen ouderen op hogere leeftijd toenemend kwetsbaar worden voor eenzaamheid. Dit geldt in het bijzonder voor zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder. Verder is er een complexe relatie tussen eenzaamheid en depressie. Depressieve mensen zijn ook kwetsbaar voor eenzaamheid. Anderzijds kan eenzaamheid het risico op depressie vergroten.

In de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Venhuizen zijn de thema's gezond ouder worden en preventie van eenzaamheid bij ouderen als prioriteit genoemd. In Medemblik, Stedebroec en Opmeer is een pilot project gerealiseerd waarvan de resultaten zijn opgenomen in een Handboek interventies bij eenzaamheid genaamd: Hoe u eenzaamheid het hoofd kunt bieden. Het handboek bevat handvatten voor gemeenten die de preventie van eenzaamheid bij ouderen vorm willen geven (Handboek is ter inzage beschikbaar).

Psychische gezondheid in Drechterland en West-Friesland (%)

			Drechterland			West-Friesland		
			Minder goede ervaren gezondheid*	Eenzaamheid**	Psychische problemen***	Minder goede ervaren gezondheid*	Eenzaamheid**	Psychische problemen***
Jeugdigen	Geslacht	Jongens	-	-	-	5,5	-	11,0
		Meisjes	-	-	-	11,1	-	20,7
	Leeftijd	0-4 jaar	-	-	-	-	-	-
		4-12 jaar	-	-	-	-	-	-
		12-16 jaar	-	-	-	8,4	-	16,0
	Opleidingsniveau	Vmbo	-	-	-	9,3	-	18,0
		havo/vwo	-	-	-	7,7	-	14,6
Totaal 12-16 jaar			7,3	-	19,3	8,4	-	16,0
Volwassenen	Geslacht	Mannen	-	-	-	25,9	42,9	28,9
		Vrouwen	-	-	-	26,4	42,0	34,4
	Leeftijd	20-34 jaar	-	-	-	20,3	39,2	33,3
		35-49 jaar	-	-	-	24,8	44,8	32,4
		50-64 jaar	-	-	-	34,0	43,1	28,8
	Opleidingsniveau	Lager onderwijs	-	-	-	47,2	54,6	33,1
		lbo/mavo	-	-	-	29,6	43,2	30,1
		mbo/havo/vwo	-	-	-	23,9	42,6	33,1
hbo/wo		-	-	-	18,9	38,5	30,7	
Totaal			23,5	42,7	28,7	26,2	42,5	31,6
Ouderen	Geslacht	Mannen	-	-	-	19,6	42,8	-
		Vrouwen	-	-	-	23,5	40,6	-
	Leeftijd	55-64 jaar	-	-	-	15,4	37,8	-
		65-74 jaar	-	-	-	24,1	45,3	-
		75 jaar en ouder	-	-	-	34,0	49,9	-
	Opleidingsniveau	Lager onderwijs	-	-	-	32,4	50,5	-
		lbo/mavo	-	-	-	20,0	40,6	-
mbo/havo/vwo		-	-	-	16,2	39,4	-	
hbo/wo		-	-	-	13,0	35,5	-	
Totaal			18,8	37,3	-	21,6	41,7	-

*Cijfers 'minder goede ervaren gezondheid' betreffen de antwoorden 'gaat wel, slecht en zeer slecht' op de vraag: Hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand? Er zijn in totaal vijf antwoordcategorieën: zeer goed, goed, gaat wel, slecht en zeer slecht.

**Eenzaamheid is vastgesteld met behulp van de somscore van de antwoorden op elf uitspraken (De Jong Gierveld); het betreft de categorieën 'matig eenzaam', 'eenzaam' en 'erg eenzaam'.

***Voor volwassenen is gebruik gemaakt van de GHQ-12 voor het vaststellen van het voorkomen van psychische problemen; bij jeugdigen is gebruik gemaakt van de MHI-5. Bij beide vragenlijsten wordt op basis van de totaalscore bepaald of iemand wel of geen psychische problemen heeft.

4.4 Overgewicht

Overgewicht in Drechterland

In Drechterland heeft 12% van de 4-12 jarigen overgewicht en 18% van de 12-16 jarigen. Deze percentages wijken niet opvallend af van de regiopercentages. Vier van de tien volwassenen (39%) hebben overgewicht; dit komt overeen met het regiopercentage. Ruim de helft van de ouderen (54%) heeft overgewicht; regionaal heeft 57% van de ouderen overgewicht. 10% van de ouderen in Drechterland heeft obesitas (ernstig overgewicht).

Stand van zaken overgewicht

Het percentage volwassenen met obesitas zal naar schatting de komende 20 jaar met 50% toenemen. Ook bestaat de verwachting dat het percentage mensen met overgewicht in het algemeen (overgewicht plus ernstig overgewicht) verder zal stijgen. Deze verwachting is onder andere gebaseerd op een dergelijke trend bij kinderen. Kinderen met overgewicht hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd (ernstig) overgewicht te hebben. De omgeving blijft zodanig veranderen dat het steeds eenvoudiger wordt om te kiezen voor een hogere energie-inname en een lager energieverbruik.

Op lokaal niveau valt het meeste te verwachten van het realiseren van aantrekkelijke wandel- en fietspaden, 'beweegvriendelijke' schoolpleinen en een gezonde schoolomgeving. Ook het subsidiëren en stimuleren van fietsen voor woon-werkverkeer, het aanbieden van meer energiearme (gezonde) voedingsmiddelen in kantines en het optimaal benutten van bestaande sportfaciliteiten worden gezien als kansrijke maatregelen in de preventie van overgewicht (GGD, maart 2007).

Drechterland heeft op het moment twee loop/wandelroutes: één in Hoogkarspel (4,6 km) en één in Venhuizen (3,98 km). Deze routes zijn in 2005 tot stand gebracht door een samenwerking tussen de Koninklijke Nederlandse Atletiekunie (KNAU), de Nederlandse Hartstichting en de gemeente Drechterland.

Verder neemt onze gemeente actief deel aan de Breedtesportimpuls. Dit zesjarig project liep aanvankelijk tot 2009. Vanaf 2009 wordt Breedtesport voor een periode van vier jaar voortgezet. Door middel van sportoriëntatie stimuleert het Breedtesport project de inwoners van onze gemeente om meer te bewegen. De uitvoering ligt in handen van Sportservice West-Friesland. Het basispakket breedtesport bevat aanbod voor alle leeftijdsgroepen: jeugd, volwassenen en ouderen. Voor ouderen kan op basis van het beschikbare aanbod een keuze worden gemaakt voor 2 of 3 projecten in 4 jaar. De inhoud van het nieuwe pakket in Drechterland is vastgelegd in de 'Uitvoeringsovereenkomst sportontwikkeling 2009-2012'.

Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas)* in Drechterland (%)

			Drechterland			West-Friesland			
			Overgewicht	Obesitas	Totaal overgewicht	Overgewicht	Obesitas	Totaal overgewicht	
Jeugdigen	0-4 jaar	Geslacht	Jongens	-	-	-	7,0	1,6	8,6
			Meisjes	-	-	-	6,5	1,4	7,9
		Opleidingsniv eau moeder	Lager onderwijs	-	-	-	-	-	-
	lbo/mavo		-	-	-	6,5	1,5	8,0	
	mbo/havo/vwo		-	-	-	7,7	1,5	9,2	
	hbo/wo		-	-	-	5,8	1,7	7,5	
	Totaal			-	-	-	6,7	1,5	8,2
	4-12 jaar	Geslacht	Jongens	-	-	-	10,4	2,9	13,3
			Meisjes	-	-	-	15,4	2,5	17,9
		Opleidingsniv eau	speciaal basisonderwijs	-	-	-	23,2	9,6	32,8
			basisonderwijs	-	-	-	12,6	2,5	15,1
		Totaal			9,7	2,0	11,7	12,9	2,7
	12-16 jaar	Geslacht	Jongens	-	-	-	16,1	2,9	19,0
			Meisjes	-	-	-	12,5	2,8	15,3
		Opleidingsniv eau	speciaal basisonderwijs	-	-	-	26,7	11,1	37,8
basisonderwijs			-	-	-	31,3	3,1	34,4	
Speciaal brugklas			-	-	-	16,8	7,1	23,9	
algemeen			-	-	-	10,9	2,0	12,9	
Vmbo			-	-	-	15,8	3,4	19,2	
havo/vwo		-	-	-	10,5	1,0	11,5		
Totaal			15,1	2,5	17,6	13,3	2,9	16,2	
Volwassenen	Geslacht	Mannen	-	-	-	38,7	7,3	46,0	
		Vrouwen	-	-	-	28,3	11,3	39,6	
	Leeftijd	20-34 jaar	-	-	-	25,4	5,0	30,4	
		35-49 jaar	-	-	-	33,5	10,7	44,2	
		50-64 jaar	-	-	-	42,7	12,1	54,8	
	Opleidingsniv eau	lager onderwijs	-	-	-	44,6	9,2	53,8	
		lbo/mavo	-	-	-	34,2	11,1	45,3	
		mbo/havo/vwo	-	-	-	29,1	8,4	37,5	
hbo/wo		-	-	-	36,6	7,2	43,8		
Totaal			30,6	8,8	39,4	33,6	9,3	42,9	
Ouderen	Geslacht	Mannen	-	-	-	50,8	9,3	60,1	
		Vrouwen	-	-	-	41,1	13,2	54,3	
	Leeftijd	55-64 jaar	-	-	-	45,3	11,7	57,0	
		65-74 jaar	-	-	-	47,7	10,6	58,3	
		75 jaar en ouder	-	-	-	44,6	11,4	56,0	
	Opleidingsniv eau	lager onderwijs	-	-	-	50,8	13,1	63,9	
		lbo/mavo	-	-	-	45,2	11,7	56,9	
		mbo/havo/vwo	-	-	-	43,2	10,3	53,5	
hbo/wo		-	-	-	43,5	9,0	52,5		
Totaal			44,5	9,9	54,4	45,8	11,3	57,1	

*Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) zijn bepaald met behulp van de BMI (Body Mass Index). De BMI wordt als volgt berekend: gewicht in kg/(lengte in meter)². Er zijn afkapwaarden voor overgewicht en obesitas voor vrouwen/meisjes en mannen/jongens per leeftijdscategorie.

4.5 Diabetes

Diabetes in Drechterland

Volgens epidemiologisch onderzoek van de GGD heeft in Drechterland minder dan 1% van de volwassenen diabetes; dit gegeven is gebaseerd op zelfrapportage uit de gezondheidsenquête. Van de ouderen heeft 9% diabetes; dit gegeven is afkomstig uit de ouderenenquête.

Diabetes in Drechterland en West-Friesland (%)

			Drechterland	West-Friesland
Jeugdigen	Geslacht	Jongens	-	0,6
		Meisjes	-	0,3
	Leeftijd	0-4 jaar	-	Onbekend
		4-12 jaar	-	Onbekend
		12-16 jaar	-	0,5
	Opleidingsniveau	Vmbo	-	0,6
		havo/vwo	-	0,4
Totaal 12-16 jaar			-	0,5
Volwassenen	Geslacht	Mannen	-	2,7
		Vrouwen	-	2,7
	Leeftijd	20-34 jaar	-	0,7
		35-49 jaar	-	2,2
		50-64 jaar	-	6,5
	Opleidingsniveau	lager onderwijs	-	3,4
		lbo/mavo	-	2,8
		mbo/havo/vwo	-	2,7
		hbo/wo	-	2,8
	Totaal			0,6
Ouderen	Geslacht	Mannen	-	9,7
		Vrouwen	-	9,6
	Leeftijd	55-64 jaar	-	8,9
		65-74 jaar	-	9,3
		75 jaar en ouder	-	12,1
	Opleidingsniveau	lager onderwijs	-	9,3
		lbo/mavo	-	9,5
		mbo/havo/vwo	-	11,8
hbo/wo		-	7,4	
Totaal			9,4	10,5

Stand van zaken diabetes

In 1996 is het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland opgericht: een samenwerkingsverband tussen huisartsen, De Omring, het Westfriesgasthuis, Univé, de Diabetesvereniging Nederland, de Stichting Huisartsenlaboratorium/ Trombosedienst en het Diabetes Onderzoek Centrum van de Vrije Universiteit van Amsterdam.

Het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland helpt mensen met type 2 diabetes zo goed mogelijk om te gaan met de gevolgen van type 2 diabetes. Tevens ondersteunt het Diabetes Zorgsysteem huisartsen bij het geven van zorg aan diabetespatiënten. Om de drie maanden worden mensen door hun eigen huisarts onderzocht en jaarlijks worden zij door het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland gecontroleerd. Dankzij deze samenwerking tussen de huisartsen en het Diabetes Zorgsysteem is de kwaliteit van leven voor diabetespatiënten behoorlijk verbeterd en het sterfterisico al met de helft verminderd. Inmiddels worden ruim

4500 patiënten met type 2 diabetes vanuit vijf locaties door het Diabetes Zorgsysteem behandeld.

Sinds april 2008 is het Diabetes Zorgsysteem ook actief vanuit de Huisartsenpraktijk 'Om de Noord' in Hoogkarspel. De nieuwe locatie vormt een goede aanvulling op de reeds bestaande locaties in Hoorn, Enkhuizen, Hoogwoud en Medemblik en zorgt ervoor dat de bereikbaarheid voor mensen uit West-Friesland sterk verbeterd is (<http://www.diabetes-zorg.nl/index.html>).

4.6 Defibrillatoren

Defibrillatoren in Drechterland

Naar aanleiding van wensen van het seniorenconvent en diverse sportorganisaties heeft de gemeenteraad 28 april 2008 besloten over te gaan tot de aanschaf van acht defibrillatoren voor algemeen gebruik.

Met de tijdige beschikbaarheid van een AED (automatisch externe defibrillator) kan het risico op sterfte als gevolg van een hartstilstand worden beperkt. Om gemeentebreed zo veel mogelijk een tijdige beschikbaarheid van het apparaat te bewerkstelligen is in iedere woonkern een defibrillator voor algemeen gebruik beschikbaar gesteld. Wanneer sportverenigingen zelf een defibrillator aanschaffen kan de gemeente hiervoor achteraf een vergoeding verstrekken van 40% van de aanschafkosten.

Stand van zaken defibrillatoren

De defibrillatoren voor algemeen gebruik zijn in een aantal goed toegankelijke accommodaties geplaatst (dorpshuizen en gemeentehuizen). Daarnaast heeft een vijftal sportverenigingen met 40 % subsidie van de gemeente inmiddels zelf een defibrillator aangeschaft. Bij gebruik van de defibrillatoren moet men zowel kunnen defibrilleren als kunnen reanimeren. Over (periodieke) training in het gebruik van de defibrillatoren zijn afspraken gemaakt met de plaatselijke EHBO Verenigingen. De eerste trainingen zijn in 2008 gegeven.

Deze ontwikkeling sluit aan bij beleid van de Nederlandse Hartstichting. In Nederland komt een hartstilstand buiten het ziekenhuis regelmatig voor: het overkomt zo'n 15.000 à 16.000 mensen per jaar. Per week worden ongeveer 300 mensen getroffen. Niet meer dan 10% overleeft het. Als binnen zes minuten wordt gereanimeerd en gedefibrilleerd is de overlevingskans groot: 50 tot 70%. Met de voorlichtingscampagne 'Een leven hoeft niet te stoppen bij een hartstilstand' wil de Hartstichting, samen met de Nederlandse bevolking, de kans op overleving vergroten tot 25% in 2012.

Vanaf 2009 wil de veiligheidsregio Noord Holland Noord een project burger AED te starten. Bij een hartstilstand dient er snel te worden gehandeld en om binnen de vereiste 6 minuten een defibrillatie / reanimatie te kunnen starten is een logistiek aandachtspunt dat zowel een defibrillator als een getrainde burgerhulpverlener snel bij het slachtoffer aanwezig moeten zijn. Op basis van de 112 melding wil men er zorg voor dragen dat met behulp van SMS berichten getrainde en vrijwillige burgers er zorg voor dragen dat de AED en de burgerhulpverlener het slachtoffer snel bereiken. Op 1 december 2008 is het project burger AED aan de gemeenteraad gepresenteerd.

Hoofdstuk 5: Gezondheidsbeleid en de WMO in Drechterland

In dit hoofdstuk wordt de samenhang tussen het gezondheidsbeleid en de WMO aan de hand van de 9 prestatievelden van de WMO toegelicht. Voor het WMO beleid verwijzen we naar het in april 2008 door de gemeenteraad vastgestelde Beleidsplan WMO en het in januari 2009 vastgestelde uitvoeringsplan WMO.

1) Het bevorderen van de sociale samenhang en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten

Bij de sociale samenhang en leefbaarheid is een aandachtspunt dat er voor alle woonkernen van onze gemeente voldoende eerstelijns gezondheidszorg beschikbaar en bereikbaar is (onder meer huisartsen, tandartsen, fysiotherapie, apotheek en verloskundigen).

Door vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal chronisch zieken neemt de complexiteit aan zorgvragen en de behoefte aan samenwerking en afstemming (ketenzorg) binnen de eerstelijns gezondheidszorg toe. De landelijke overheid streeft er daarom naar dat huisartsen in de toekomst steeds meer vanuit HOED praktijken (huisartsen onder één dak) en GOED praktijken (gezondheidswerkers onder één dak) gaan werken.

In Hoogkarspel is in 2007 een GOED praktijk geopend. Huisartsen uit Venhuizen hebben eind 2008 onze medewerking gevraagd om samen te zoeken naar mogelijkheden om een soortgelijke voorziening in Venhuizen te realiseren.

Als gemeente kunnen we randvoorwaarden scheppen door het faciliteren van huisvestingsmogelijkheden en het bevorderen van draagvlak. Hiermee kunnen we bereiken dat het zorgaanbod op de zorgvraag aan (blijft) sluiten en dat het voor hulpverleners aantrekkelijk blijft om zich in onze gemeente te vestigen.

In kleinere woonkernen is de beschikbaarheid van vervoer een aandachtspunt om de (eerstelijns) gezondheidszorg voor mensen met mobiliteitsproblemen (ouderen en chronisch zieken) bereikbaar te houden. Wonen Plus en Seniores Piores beschikken over een vervoersdienst. De beschikbaarheid van seniorenwoningen in de nabijheid van woonzorgcomplexen is in dit opzicht ook van belang.

2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden

In de WMO worden in het kader van het preventieve jeugdbeleid de volgende functies onderscheiden:

- informatie en advies;
- signaleren van problemen;
- toegang tot het hulpaanbod;
- lichte pedagogische hulp;
- coördinatie van zorg.

Er is een nauwe samenhang met de basistaken in de jeugdgezondheidszorg die de gemeente heeft op basis van de Wpg (zie hoofdstuk 2). In het kader van overheidsbeleid heeft iedere gemeente de opdracht een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) op te richten. Om de naam CJG te mogen gebruiken moet volgens het basismodel CJG het volgende worden gebundeld:

- basistakenpakket JGZ;
- vijf gemeentelijke functies WMO;

- schakel met Bureau Jeugdzorg
- schakel met Zorg- en Adviesteams (voortgezet onderwijs)

Het CJG moet uiterlijk in 2011 zijn gerealiseerd. Met de komst van het CJG wordt beoogd om lokaal meer samenhang in het aanbod van jeugdzorg, jeugdbeleid en jeugdgezondheidszorg te creëren. Door deze ontwikkelingen wordt de centrale rol van de JGZ binnen de jeugdzorg en het jeugdbeleid versterkt en wordt de gemeentelijke regiefunctie verbeterd. De regierol van de gemeente op het CJG wordt verankerd binnen de wet op de jeugdzorg. Het CJG moet een plek worden waar alle ouders en alle kinderen met alle hulpvragen over opvoeden en opgroeien terecht kunnen.

Een voorstel voor het realiseren van een CJG in Drechterland wordt in het kader van het jeugdbeleid, WMO beleid en het gezondheidsbeleid voorbereid. Bij de zorg voor gezinnen met meervoudige problemen is er ook een relatie met de prestatievelden 7,8 en 9 van de WMO.

3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning

In de gemeentehuizen Venhuizen en Hoogkarspel is een WMO loket beschikbaar. Bij de eerstelijns gezondheidszorg kunnen mensen op onderdelen uitgebreider worden voorgelicht. Dit vraagt om een goede samenwerking en afstemming.

Omdat in de (nabije) toekomst meerdere taken vanuit de AWBZ naar de WMO worden overgeheveld, worden de informatie en adviesfunctie en cliëntondersteuning op het terrein van de gezondheidszorg belangrijker. Dit vereist een sociale kaart die regelmatig wordt geactualiseerd. De gemeente neemt in het kader van de Gemeenschappelijke Regeling deel aan de digitale sociale kaart van West-Friesland www.oproet.nl. Deze kaart bevat informatie over zowel regionale als lokale voorzieningen op beide terreinen.

4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers

Mantelzorgers en vrijwilligers bieden ondersteuning aan mensen die (langdurig) ziek zijn. Deze inzet is veel waard. Aandachtspunt voor de gemeente is dat vrijwilligerswerk aantrekkelijk moet blijven. Voor mantelzorgers dreigt het gevaar van overbelasting en toenemende druk op de zorg die zij bieden. Om te voorkomen dat mantelzorgers zelf gezondheidsproblemen ontwikkelen dienen ze waar nodig voldoende begeleiding en ondersteuning te kunnen krijgen. De omgeving van mantelzorgers moet zich bewust zijn van de rol en het belang van de mantelzorger. Vaak gaat alle aandacht namelijk uit naar de zorgvrager en blijft de rol van de mantelzorger onderbelicht. Het beleid rond mantelzorgers en vrijwilligers wordt in het kader van het WMO beleid nader uitgewerkt. In onze gemeente wordt het oprichten van een (regionaal) steunpunt mantelzorg voorbereid.

5. Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem

Via dit prestatieveld wordt deelname van kwetsbare groepen aan de samenleving met behulp van algemene maatregelen bevorderd. Bij de doelgroep gaat het onder meer om chronisch zieken, senioren, gehandicapten, mensen met een verstandelijke beperking en (ex) psychiatrische patiënten. De maatregelen kunnen bijvoorbeeld het bouwen van levensloop bestendige woningen betreffen en de toegankelijkheid van openbare gebouwen en voorzieningen en van het verbeteren van het openbaar vervoer. Voor bewoners van de verschillende woonkernen in onze gemeente is ook (behoud en verbetering van) het openbaar vervoer van belang.

6. Verstrekken van individuele voorzieningen

Dit prestatieveld is gericht op maatschappelijke ondersteuning van inwoners met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem. Het gaat dus om personen met aantoonbare beperkingen op grond van ziekte of gebrek. Als algemene of collectieve voorzieningen geen oplossing bieden komt een individuele voorziening in beeld. De voorzieningen zijn gericht op (het bevorderen van)

- het kunnen voeren van een eigen huishouding;
- het zich kunnen verplaatsen in en om de woning;
- het zich lokaal kunnen verplaatsen per vervoermiddel;
- het kunnen ontmoeten van medemensen en op basis daarvan het kunnen aangaan van sociale verbanden.

Voor de gemeente is er sprake van een compensatieverplichting. De aanspraak op voorzieningen wordt niet meer bepaald op basis van het recht hebben op een bepaalde voorziening, maar op basis van de te compenseren beperking.

7. Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en bestrijding huiselijk geweld.

De maatschappelijk opvang heeft tot doel om mensen die in een crisissituatie verkeren opvang te bieden en zo veel mogelijk (weer) aan de maatschappij deel te laten nemen. Het aanbod moet niet uitsluitend bestaan uit residentiële voorzieningen zoals crisisopvang en vrouwenopvang. Preventie en herstel vormen een even belangrijk onderdeel in de hulpverleningsketen. Aan de maatschappelijke opvang wordt in regioverband vorm gegeven.

De gemeente Hoorn is centrumgemeente voor deze taak voor de regio West Friesland en ontvangt voor de uitvoering van deze taak een doeluitlegging van het rijk. De GGD Hollands Noorden wil een stedelijk Kompas voor de regio West-Friesland ontwikkelen met als hoofddoelstelling: alle dak- en thuislozen in 2013 onder dak met effectieve ondersteuning en zorg. Behalve de feitelijk en residentieel daklozen, is ook de kwetsbare groep waarvoor dakloosheid dreigt doelgroep voor het Stedelijk Kompas West Friesland. In het Stedelijk Kompas West Friesland zullen verbanden worden gelegd met de beleidsterreinen verslavingszorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, werk & inkomen, openbare orde & veiligheid, volkshuisvesting en preventief jeugdbeleid (brief GGD: Ontwikkelplan Stedelijk Kompas West Friesland, 1 september 2008).

Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd. Huiselijk geweld is één van de meest onderschatte problemen in de samenleving. De aanpak van huiselijk geweld raakt het lokale veiligheidsbeleid, de maatschappelijke opvang en de openbare geestelijke gezondheidszorg. Er ligt een relatie tussen dit prestatieveld en de prestatievelden 2, 3 en 8 en 9 van de WMO.

8. Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

Met de komst van de WMO is de openbare geestelijk gezondheidszorg (OGGZ) per 1 januari 2007 vanuit de WCPV naar de WMO overgegaan. De openbare geestelijke gezondheidszorg is gericht op kwetsbare mensen die objectief gezien hulp behoeven, maar die daar zelf niet om vragen. Dit prestatieveld is gericht op het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

Er is een stuurgroep OGGZ Westfriesland actief. Deelnemers aan de stuurgroep zijn: vertegenwoordiging van de gemeenten, RCO De Hoofdzaak, Brijder Verslavingszorg, Bureau Jeugdzorg, GGD Hollands Noorden, GGZ Centrum Westfriesland, Stichting DNO, Platform woningcorporaties, en RIBW. Onder de OGGZ stuurgroep fungeren een aantal werkgroepen. Voor huiselijk geweld is een permanente werkgroep ingesteld. In 2005 is het Meldpunt Vangnet en Advies opgericht. In het meldpunt werken DNO opvangcentrum, Brijder Verslavingszorg en het GGZ Centrum samen. Per 1 januari 2009 is de frontoffice Vangnet en Advies naar de GGD overgegaan.

In 2007 is ook het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) West Friesland opgericht. Op gemeentelijk niveau zijn er met betrekking tot huiselijk geweld ambtenaren die door hun vele burgercontacten een belangrijke signalerende functie kunnen vervullen: bijvoorbeeld consulenten WWB, leerplichtambtenaar, consulenten WMO. Het bewerkstelligen van optimale communicatie en afstemming tussen de gemeentelijke partners is dus van belang. Belangrijke doelstellingen van de hulpverlening bij huiselijk geweld zijn:

- Goede signalering om (vroegtijdige) interventie mogelijk te maken en daarmee recidive te voorkomen
- Goede hulp door een gesloten keten, om recidive te verminderen en de gevolgen van huiselijk geweld te beperken

OGGZ is een regionale functie, die deels ook plaatselijk is in te vullen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze taak voor de regio West Friesland ligt bij Hoorn (centrumgemeente). De partijen die bij de OGGZ Westfriesland zijn betrokken hebben afgesproken om op basis van het Actieplan 2006-2010 de nodige acties uit te voeren om de OGGZ in West Friesland op een hoger plan te brengen. Dit actieplan wordt jaarlijks vertaald in een concreet werkplan.

De stuurgroep OGGZ wil verder een bijdrage gaan leveren aan de ontwikkeling van het gemeentelijk OGGZ-beleid als onderdeel van het WMO beleid. De Agenda OGGZ West-Friesland bevat drie prioriteiten die thans nader worden uitgewerkt. Deze zijn:

- Jeugd in de knel
- Mensen met psychiatrische en/of psychosociale problematiek in de wijk
- De vereenzaamde en beginnend dementerende ouderen.

In het kader van de OGGZ-monitor gaat de GGD Hollands Noorden gegevens van verschillende organisaties verzamelen om tot een overzicht te komen.

9. Ambulante verslavingszorg

Veel verslaafden leiden aan meervoudige problematiek. Vaak is sprake van psychiatrische ziektebeelden en een combinatie met dak- en thuisloosheid, met werkloosheid en met schulden. Ambulante verslavingszorg is gericht op preventie van en hulpverlening bij verslavingsproblemen, inclusief activiteiten in het kader van overlastbestrijding. Verslavingsbeleid valt daarmee behalve onder de WMO, tevens onder de beleidsterreinen openbare orde & veiligheid en gezondheidsbeleid.

Zwaar alcoholgebruik komt in West-Friesland vaak voor. Alleen als er sprake is van afgestemd beleid op het gebied van zowel gezondheidszorg, horecabeleid- en openbare orde en veiligheid, dat elkaar niet tegensprekt, kan het beleid doeltreffend zijn. Bij de ontwikkeling van het integrale alcoholmatigingsbeleid wordt regionale afstemming gezocht.

Als centrumgemeente van West-Friesland is de gemeente Hoorn verantwoordelijk voor de besteding van de door het Rijk uitgekeerde doeluitkeringen maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en OGGZ. Op gemeentelijk niveau is een belangrijk aandachtspunt dat de lokaal betrokken partijen goed samenwerken. Bij veel prestatievelden uit de WMO zijn ook regionaal werkende organisaties betrokken. Afstemming vindt plaats in het portefeuillehouderoverleg MaDiVo.

WMO en BOPZ:

In relatie tot prestatieveld 8 van de WMO: Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) is ook de Wet Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) van belang. In het kader van de Wet BOPZ is de burgemeester of een door hem aangewezen wethouder bevoegd om mensen die vanwege hun psychische toestand een gevaar opleveren voor zichzelf of voor hun omgeving, verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Er zijn plannen om de wet BOPZ te vervangen. Dit blijkt uit het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg. Om de risico's weg te nemen kan de rechter straks één zorgmachtiging afgeven met een keuze uit verschillende vormen van verplichte zorg, zoals een ambulante behandeling, verzorging of begeleiding. Gedwongen opname blijft bestaan. Maar het voorkomen van dwang krijgt voorrang. Eerst moeten alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg volledig worden benut.

WMO en Wet tijdelijk Huisverbod:

Sinds 1 januari 2009 is de Wet tijdelijk huisverbod van kracht. Het huisverbod is bedoeld om huiselijk geweld (prestatievelden 7 en 8 van de WMO) verder terug te dringen. Het huisverbod houdt in dat een pleger van huiselijk geweld in beginsel tien dagen zijn of haar woning niet meer in mag en in die periode ook geen contact mag opnemen met de partner of de kinderen.

Het huisverbod wordt in de vorm van een beschikking uitgereikt door de burgemeester of door de politie indien zij daartoe is gemandateerd. De maatregel biedt de mogelijkheid om in een noodsituatie te voorzien in een afkoelingsperiode waarbinnen hulpverlening op gang kan worden gebracht en escalatie kan worden voorkomen. Het huisverbod kan ook worden opgelegd bij kindermishandeling of een ernstig vermoeden daarvan.

Wanneer de dreiging van huiselijk geweld blijft bestaan kan de burgemeester het huisverbod verlengen tot maximaal vier weken. Een uithuisgeplaatste die zich niet aan het huisverbod houdt, kan maximaal twee jaar gevangenisstraf krijgen of een taakstraf. De uithuisgeplaatste heeft de mogelijkheid om tegen het huisverbod in beroep te gaan bij de bestuursrechter. In West-Friesland zijn over de hulpverlening bij een huisverbod en de samenwerking met politie en de burgemeesters regionale afspraken gemaakt.

Hoofdstuk 6: Prioriteiten gezondheidsbeleid 2009- 2012

Op basis van de gezondheid van de plaatselijke bevolking en de stand van zaken in het gezondheidsbeleid worden in dit hoofdstuk prioriteiten gekozen en wordt aangegeven wat er moet worden gedaan en of dat op lokale kracht mogelijk is. Waar nodig kan tot een regionale aanpak worden besloten. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan 1) de speerpunten 2) doelgroepen en bijbehorende actiepunten, 3) een financieel kader en 4) de evaluatie van het te voeren beleid.

6.1 Speerpunten gezondheidsbeleid Drechterland 2009-2012

Voor de periode 2009-2012 kiezen we voor de volgende speerpunten.

- 1) **preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik**
- 2) **preventie van depressie en psychische ongezondheid bij jongeren en: preventie van eenzaamheid bij (zelfstandig wonende) ouderen en**
- 3) **preventie van overgewicht**

Dit willen we als volgt toelichten.

- 1) De preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik bij jongeren is al eerder tot speerpunt voor het lokale- en regionale gezondheidsbeleid benoemd. We willen dit beleid in samenwerking met - en aansluitend bij - de regionale ontwikkelingen verder ontwikkelen en uitvoeren.
- 2) Met betrekking tot de preventie van depressie en psychische ongezondheid bij jongeren is in hoofdstuk 4 al een relatie gelegd met het middelengebruik bij jongeren. Als speerpunt van het lokale gezondheidsbeleid willen we het regionaal ingezette beleid waar mogelijk ondersteunen en versterken.

In hoofdstuk 4 vallen verder de hoge percentages op van volwassenen en ouderen die zich eenzaam voelen. Door verschillende oorzaken kunnen (zelfstandig wonende) ouderen kwetsbaar zijn voor eenzaamheid. Dit geldt in het bijzonder voor zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder. Zo hebben ouderen op hogere leeftijd vaker te maken met gezondheidsproblemen en verlies van een partner en/of leeftijdsgenoten. Door gezondheidsproblemen wordt bovendien de mobiliteit van ouderen nogal eens beperkt. Bij de preventie van eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen in onze gemeente kan het realiseren van goede vervoersmogelijkheden in de verschillende kernen een belangrijk aandachtspunt zijn (raakvlakken met de WMO). Het Westfries Patiënten en Consumentenplatform vraagt in een brief van 29 juli 2008 meer aandacht voor de preventie van eenzaamheid bij ouderen en ook consulenten van het WMO loket signaleren eenzaamheid bij ouderen. Al met al achten we het van veel belang om aan de preventie van eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen in onze gemeente prioriteit te verlenen.

- 3) In hoofdstuk 4 is aangegeven dat het percentage volwassenen met ernstig overgewicht de komende 20 jaar met 50% zal toenemen. Volwassenen met overgewicht lopen meer risico op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, enkele soorten kanker, menstruatiestoornissen, aandoeningen van het bewegingsstelsel en aandoeningen van de galblaas (RIVM, 2007). Met de preventie van overgewicht willen we deze gezondheidsrisico's tegengaan.

Diabetes mellitus ofwel suikerziekte, het 4^e landelijke speerpunt, is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Er

worden twee typen onderscheiden namelijk type 1 en type 2. Type 2 diabetes mellitus komt vooral voor bij mensen die te zwaar zijn: 85% van de mensen met type 2 diabetes heeft overgewicht. Risicofactoren voor diabetes type 2 zijn lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding. Deze vorm van diabetes openbaart zich meestal pas op oudere leeftijd, gewoonlijk boven de 40 jaar. Door onze veranderde leef- en eetgewoonten, en het feit dat we steeds dikker worden, ontstaat type 2 diabetes echter op steeds jongere leeftijd: soms zelfs vóór het 20e levensjaar. Met de preventie van overgewicht leveren we tegelijkertijd dus ook een bijdrage aan de preventie van type 2 diabetes mellitus. Verder hebben we in onze gemeente recent AED apparaten voor algemeen gebruik beschikbaar gesteld om de kans op overleving bij een hartstilstand te vergroten. Middels de preventie van overgewicht kunnen we ook aan de preventie van hart- en vaatziekten een bijdrage leveren.

In de inleiding hebben we al aangegeven dat het wenselijk is om het aantal speerpunten niet te groot te maken. Om te voorkomen dat het beleid door versnippering minder effectief wordt hebben we besloten om roken niet als speerpunt te benoemen.

6.2 Doelgroepen en actiepunten 2009

In deze paragraaf gaan we nader in op de doelgroepen en de actiepunten voor 2009 voor bovengenoemde speerpunten. Met betrekking tot de interventiemogelijkheden op het gebied van de landelijke speerpunten heeft de GGD ter voorbereiding van de nieuwe nota's Lokaal Gezondheidsbeleid eerst het beschikbare zorgaanbod gebundeld in zogenaamde leeflijnen. In overleg met gemeenten en zorgaanbieders in West-Friesland zijn vervolgens afspraken gemaakt over gewenste verbeteringen in het zorgaanbod voor het lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010. Deze activiteiten vormen een regionale invulling van de landelijk ontwikkelde handleidingen (zie 3.1.3). Bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid maken wij hiervan gebruik.

1) Preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik.

Het huidige beleid met betrekking tot de preventie van schadelijk alcoholgebruik is gericht op jongeren. Omdat volwassenen voor jongeren een voorbeeldfunctie vervullen en omdat en volwassenen met (toenemende) alcoholafhankelijkheid een verhoogd risico lopen om zelf gezondheidsproblemen te ontwikkelen, willen we de preventie van schadelijk alcoholgebruik indien mogelijk naar andere doelgroepen, zoals volwassenen en/of ouderen uitbreiden.

Actiepunt 1:

- We willen in 2009 onderzoeken op welke wijze het huidige beleid kan worden versterkt door de preventie van schadelijk alcoholgebruik waar mogelijk ook op andere doelgroepen, zoals volwassenen en/of ouderen te richten. Overlegpartners zijn in eerste instantie: huisartsen, Brijder Verslavingszorg, ouderenzorg en algemeen maatschappelijk werk.

Met betrekking tot de preventie van schadelijk alcoholgebruik bij jongeren heeft de Stuurgroep voor de periode 2009-2011 een plan van aanpak 'Jeugd en Alcohol in West-Friesland' opgesteld (7 oktober 2008: beschikbaar als bijlage). Het is in de raadsvergadering van 22 december 2008 vastgesteld. In het kader van dit plan van aanpak zijn onder meer de volgende acties gepland:

Actiepunt 2:

- We willen Alcohol een ander verhaal aan alle leerlingen en ouders van groepen 7 en 8 van alle basisscholen in Drechterland aanbieden. (Basisonderwijs: zie nota jeugd beleid)

Toelichting:

'Alcohol, een ander verhaal' is een methode voor alcoholvoorlichting aan leerlingen en ouders van groepen 7 en 8 van het basisonderwijs. De methode is ontwikkeld door het Trimbos Instituut. Ze richt zich op deskundigheidsbevordering voor leraren, lesmateriaal voor leerlingen en een ouderavond. De leerlingen richten zelf een voorlichtingsbureau op over alcohol en (soms) drugs. Dit voorlichtingsbureau wordt tijdens een ouderavond gepresenteerd aan ouders. Medewerkers van Brijder Verslavingszorg zijn aanwezig om vragen te beantwoorden en voorlichting over alcohol en opvoeding te geven. Alcohol een ander verhaal staat bij alle scholen in Drechterland op het programma voor de groepen 7 en 8.

Actiepunt 3:

- We willen de Elektronische Leerweg Ondersteuning: modules roken, alcohol en blowen voor een periode van vier jaar aan alle 14-jarigen in de gemeente Drechterland aanbieden. De methode wordt op alle scholen van het voortgezet onderwijs in West - Friesland aangeboden. De financiële bijdrage van de gemeente Drechterland wordt berekend op basis van het aantal 14 jarigen in de gemeente.

Toelichting:

Elektronische Leerweg Ondersteuning (ELO) is ook ontwikkeld door het Trimbos instituut. Het ELO programma bestaat uit digitale modules roken, alcohol en blowen. Het doel is om leerlingen bewust te maken van de risico's van genotmiddelengebruik en om hen te leren om hier met het oog op de eigen gezondheid en de gezondheid van anderen bewuster mee om te gaan. Met de invoering en uitvoering van ELO is een bedrag gemoeid van € 18.253,00 per jaar wat wordt verdeeld over de West-Friese gemeenten gebaseerd op het aantal leerlingen van 14 jaar. Voor Drechterland is het totaalbedrag € 2.430,92 (€ 608,- per jaar).

In het portefeuillehouderoverleg 'Regionale aanpak Jeugd & Alcohol' van 13 november 2008 is besproken dat het regionale project in eerste instantie met name op jeugd en alcohol is gericht, maar dat het project hierop aansluitend nu wordt uitgebreid naar drugs. Drugs wordt als apart probleem beschouwd. Er zal eenzelfde werkwijze worden gehanteerd als rond het thema alcohol en er komt dus ook een plan van aanpak drugs. Nieuwe actiepunten die hieruit voortvloeien zullen in het gezondheids- en jeugdbeleid worden geïntegreerd.

2) Preventie van depressie en psychische ongezondheid bij jongeren en eenzaamheid bij (zelfstandig wonende) ouderen

Aansluitend bij maatregelen die regionaal worden ingezet willen we in onze gemeente extra aandacht aan de preventie van psychische problemen bij jongeren besteden. Verder willen we met name aandacht besteden aan de preventie van eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen.

Actiepunt 4:

- We willen in 2009 twee oudercursussen 'Beter omgaan met pubers' aanbieden.

Toelichting:

In het kader van de lokale maatwerkgeden jeugdgezondheidszorg hebben we alle ouders/verzorgers van 12 tot 15-jarige pubers in Drechterland via een mailing de mogelijkheid geboden om deel te nemen aan een oudercursus 'Beter omgaan met pubers'. Ouders van pubers staan voor de taak hun kinderen op te voeden in een snel veranderende samenleving. Dit kan soms onzekerheden met zich meebrengen over bijvoorbeeld hoe strak men vasthoudt aan de eigen waarden en normen. Bij veel ouders roept dit vragen op als: hoe pak ik dit aan? Hebben anderen dit ook? In zes bijeenkomsten kunnen ouders in een

oudercursus informatie en adviezen krijgen alsmede informatie uitwisselen over verschillende aspecten van de opvoeding van hun puber. Er wordt ingegaan op verschillende onderwerpen zoals veranderingen in de puberteit, positieve aandacht en manieren van opvoeden, luisteren, praten en overleggen met je puber en grenzen stellen. Met een actieve inbreng kunnen ouders ervoor zorgen dat deze cursus zo veel mogelijk toegespitst wordt op de eigen specifieke situatie. De cursus wordt geleid door getrainde cursusleiders van de GGD en wordt gegeven in het Noorderlandhuis.

De mailing in het najaar van 2008 heeft ruim 40 aanmeldingen opgeleverd. De GGD heeft in het najaar van 2008 één cursus gegeven voor 14 ouders. Op basis van het aantal aanmeldingen hebben we voor 2009 nog twee oudercursussen ingepland.

Actiepunt 5:

- Vanaf het 3^e kwartaal 2009 willen we in Drechterland een tweejarig project preventie van eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen starten.

Toelichting:

Bij de preventie van eenzaamheid bij ouderen wordt vaak een lokale regie gemist. Met behulp van het in hoofdstuk 4 genoemde handboek preventie eenzaamheid gaan we in overleg met plaatselijke- en regionale organisaties en hulpverleners in kaart brengen welke activiteiten in Drechterland al aan de preventie van eenzaamheid bijdragen, welke activiteiten worden gemist en op welke wijze het aanbod kan worden verbeterd. De Stichting Welzijn Ouderen West-Friesland heeft een aandachtfunctionaris preventie van eenzaamheid bij ouderen. De Stichting Welzijn Ouderen West-Friesland heeft inmiddels een voorstel gedaan voor een nulmeting en een concept plan van aanpak voor de gemeente Drechterland opgesteld. Het tweejarige project wordt door de Stichting Welzijn Ouderen West-Friesland uitgevoerd van het 3^e kwartaal 2009 t/m het 2^e kwartaal 2011.

Actiepunt 6:

- In 2009 wordt in Drechterland in het kader van breedtesport gestart met fitness voor ouderen vanaf 65 jaar.

Toelichting:

Het project wordt uitgevoerd door Sportservice West-Friesland. Sportservice West-Friesland heeft voor de uitvoering van deze activiteit een projectvoorstel opgesteld. Met het aanbieden van fitness voor ouderen in onze gemeente willen we enerzijds sociale contacten bevorderen (preventie van eenzaamheid) en anderzijds het bewegen stimuleren (preventie van overgewicht en preventie van diabetes).

3) Preventie van overgewicht.

In West - Friesland hebben de meeste gemeenten de preventie van overgewicht als speerpunt voor het lokale gezondheidsbeleid gekozen. Bij de preventie van overgewicht in West-Friesland is in eerste instantie gekozen voor de doelgroep jongeren tot en met 19 jaar op het Voortgezet Onderwijs. De GGD adviseert om binnen deze doelgroep te kiezen voor een integrale aanpak gericht op verschillende doelgroepen. Dus in ieder geval voor kinderen van 0-4 jaar, kinderen basisonderwijs en jongeren op het Voortgezet Onderwijs. De GGD heeft hierbij aansluitend een handreiking opgesteld.

Actiepunt 7:

- Begin 2009 willen we in overleg met de GGD, Sportservice West-Friesland en de ambtenaren sport en volksgezondheid een werkplan voor Drechterland opstellen voor de preventie van overgewicht bij jongeren tot en met 19 jaar. Aansluitend bij de handreiking van de GGD wordt in het werkplan beschreven welke projecten de gemeente heeft gekozen en welke organisaties deze projecten uitvoeren.

Actiepunt 8:

- In 2009 willen we zwangeren in de gemeente Drechterland informatiebijeenkomsten over borstvoeding aanbieden. De informatieavonden kunnen worden gegeven door een lactatiekundige van Omring jeugdgezondheidszorg. De kosten voor 10 bijeenkomsten per jaar bedragen ongeveer € 2.750,- .

Toelichting:

Aangetoond is dat baby's die borstvoeding krijgen minder kans hebben om later dik te worden. Dit voordeel komt nog bij tal van andere gezondheidsvoordelen voor kind en moeder. Het voedingscentrum adviseert gemeenten om het geven van borstvoeding aan te moedigen en te faciliteren. Het stimuleren van borstvoeding is opgenomen in de handleiding 'Preventie overgewicht in het lokaal gezondheidsbeleid' en in de bijbehorende Leeflijn staan enkele middelen die hiervoor kunnen worden ingezet.

In de gemeente Stede Broec worden sinds de zomer van 2008 informatie avonden over borstvoeding gegeven aan zwangeren op initiatief van de gemeente. De informatie wordt gegeven door een lactatiekundige van Omring Jeugdgezondheidszorg. De verloskundigen uit Hoogkarspel hebben na enthousiaste reacties van zwangeren aangegeven dat ze het bijzonder nuttig en leuk zouden vinden wanneer de zwangeren uit Drechterland dit ook aangeboden krijgen. Zij hebben hun praktijkruimte aangeboden om deze avonden te organiseren.

4) Woon-zorg-zone Venhuizen

Aanvullend op de actiepunten in het kader van de (landelijke) speerpunten willen we nog het volgende actiepunt benoemen:

Actiepunt 9:

- In overleg met de huisartsen, de Woonschakel, de Bosmanstichting en eerstelijns zorgaanbieders willen we de mogelijkheden verkennen om in de toekomst in Venhuizen een woon-zorg-zone inclusief GOED praktijk te realiseren.

6.3) Financieel kader:

Voor het gezondheidsbeleid van de gemeente Drechterland is voor 2009 € 10.000,- gereserveerd. De genoemde activiteiten worden als volgt gefinancierd.

Activiteiten	Kosten 2009	Financiering
1. Onderzoek mogelijkheden preventie schadelijk alcoholgebruik bij volwassenen en ouderen	-	PM
2. Alcohol een ander verhaal (basisonderwijs)	€ 3.025,- per jaar	Raadsbesluit december 2008: Plan van Aanpak Alcohol.
3. Elektronische leerwegondersteuning (ELO): modules alcohol, drugs en roken (voortgezet onderwijs)	€ 608,- per jaar (4 jaar: € 2.430,92)	Raadsbesluit december 2008: Plan van Aanpak Alcohol.
4. Oudercursus 'Beter omgaan met pubers'	2 cursussen in 2009 € 6.048,-.	Maatwerk gelden jeugdgezondheidszorg
5. Nulmeting en plan van aanpak preventie eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen: tweejarig project uit te voeren door SWO-WF vanaf 3 ^e kwartaal 2009 t/m 2 ^e kwartaal 2011.	3 ^e en 4 ^e kwartaal 2009: onderdeel prestatieafspraken met Stichting Welzijn Ouderen West-Friesland (6,5 uur per week).	Financiering 2009 maakt deel uit van prestatieafspraken 2009 met SWO-WF. Vanaf 2010 moet de dekking opnieuw worden bekeken.
6. Fitness voor senioren vanaf 65 jaar	€ 5.690,-.	Onderdeel uitvoeringsovereenkomst sportontwikkeling 2009-2012
7. Werkplan preventie van overgewicht bij jongeren t/m 19 jaar	Nader te bepalen op basis van nog op te stellen werkplan maart/april 2009	PM Gezondheidsbeleid/ uitvoeringsovereenkomst sportontwikkeling 2009-2012
8. Informatiebijeenkomsten borstvoeding	€ 2.750,- per jaar	Gezondheidsbeleid
9. Verkennen opties om woonzorg-zone, inclusief GOED, in Venhuizen te realiseren	-	-
10. Aanschaf en onderhoud acht defibrillatoren voor algemeen gebruik	€ 7.500,- per jaar (2009 t/m 2011)	Raadsbesluit april 2008
11. Lokaal Gezondheidsbeleid	PM	

Wij stellen voor om voor de periode 2010 t/m 2012 een budget van € 10.000,- per jaar te reserveren.

6.4) Evaluatie

Het meerjaren gezondheidsbeleid in Drechterland zal op verschillende wijzen worden geëvalueerd. Om het beleid tijdig bij te (kunnen) stellen zal een **jaarlijkse procesevaluatie** worden verricht, met daaraan gekoppeld een uitvoeringsvoorstel voor het daarop volgende jaar.

Resultaten van **epidemiologisch onderzoek** van de GGD worden als **prestatie-indicatoren** benut. Met het oog op het vervolgbeleid wordt bij de resultaten van epidemiologisch onderzoek tevens nagegaan welke ontwikkelingen de resultaten van het gezondheidsbeleid hebben beïnvloed.

In 2009 worden landelijk meetbare indicatoren opgesteld. Wanneer deze indicatoren beschikbaar zijn zullen ze door de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) bij gemeenten periodiek worden uitgevraagd met als doel om de kwaliteit van het gemeentelijk gezondheidsbeleid landelijk inzichtelijk te maken.

Geraadpleegde bronnen

Onderzoek gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. SGBO. Den Haag, april 2005.

Lokaal gezondheidsbeleid en WMO in samenhang. Handreiking VNG, SGBO, april 2007.

Relatie tussen de WCPV en de WMO: Kansen voor de openbare gezondheidszorg. GGD Gelre-IJssel, 2006.

WMO en eerstelijnszorg: over samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnsorganisaties. Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. Utrecht, april 2007.

Preventienota Kiezen voor gezond leven. Ministerie van VWS. Den Haag, oktober 2006.

Gezond zijn, gezond blijven: Een visie op gezondheid en preventie. Ministerie van VWS. Den Haag, september 2007.

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, tekst zoals deze geldt op 16 juli 2007). Internet, december 2007.

Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg: handreiking gemeenten. SGBO. Den Haag, 2008.

Regionale kadernota Lokaal gezondheidsbeleid West-Friesland. De gemeenten van de regio West-Friesland. Hoorn, februari 2003.

Definitieve versie waarin opgenomen het Lokaal gezondheidsplan Venhuizen, januari 2004.

Speerpunten *Kiezen voor Gezond Leven* Drechterland. GGD Westfriesland, maart 2007.

Regionale interventieoverzichten preventie van respectievelijk roken, alcoholgebruik, diabetes, overgewicht en depressie in West-Friesland. GGD Hollands Noorden, versies september 2007.

Verslag werkconferentie preventie in daden (september 2007); terugblik en vervolg. Brief GGD Hollands Noorden, 18 maart 2008.

Handleiding Tabakspreventie in Lokaal gezondheidsbeleid. Stivoro landelijk expertisecentrum voor tabakspreventie. Internetversie, herzien juli 2007.

Beleidsplan WMO 2008-2010. Drechterland, april 2008.

Uitvoeringsplan WMO. Drechterland, januari 2009

Nota Jeugdbeleid Drechterland: werk maken van jeugdbeleid. Drechterland, juni 2008.

Uitvoeringsovereenkomst sportontwikkeling 2009-2012. Drechterland, januari 2009.

Raadsvoorstel uitvoering convenant jeugd en Alcohol, voorstel nummer 2008-26. Gemeente Drechterland, augustus 2008.

Raadsbesluit Plan van aanpak Jeugd en Alcohol 2009-2011. Gemeente Drechterland, december 2008.

Startnotitie lokaal gezondheidsbeleid Stedebroec 2008-2012, Mei 2007. en Nota lokaal gezondheidsbeleid Stedebroec 2008-2012, maart 2008.

Lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010 Gemeente Koggenland, november 2007

'Liever gezond'. Lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Opmeer 2007-2010

Lijst van afkortingen

WCPV	wet collectieve preventie volksgezondheid
Wpg	wet publieke gezondheid
GGD	gemeentelijke gezondheidsdienst
WWB	wet werk en bijstand
WMO	wet maatschappelijke ondersteuning
WHO	world health organisation/ wereldgezondheidsorganisatie
OGZ	openbare gezondheidszorg
VNG	vereniging van nederlandse gemeenten
EKD	elektronisch kinddossier
OGGZ	openbare geestelijke gezondheidszorg
RIVM	rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
VTV	volksgezondheid toekomst verkenningen
IGZ	inspectie voor de gezondheidszorg
CGL	centrum voor gezond leven
STIVORO	stichting volksgezondheid en roken
PPJ	psychosociale problematiek jeugd
CJG	centrum voor jeugd en gezin
MaDiVo	portefeuillehouderoverleg maatschappelijke dienstverlening en volksgezondheid
AED	automatisch externe defibrillator
BZK	binnenlandse zaken en koninkrijk relaties
EHBO	eerste hulp bij ongelukken
JGZ	jeugdgezondheidszorg
GOED	gezondheidswerker onder één dak
HOED	huisartsen onder één dak
AWBZ	algemene wet bijzondere ziektekosten
RIBW	regionale instelling voor beschermd wonen
RCO	regionale cliëntenorganisatie
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
ASHG	advies en steunpunt huiselijk geweld
BOPZ	bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen
ELO	elektronische leerwegondersteuning

Bijlage 1 Doelstellingen landelijke speerpunten.

In de landelijke preventienota Kiezen voor gezond leven, die in oktober 2006 is verschenen, zijn vijf landelijke speerpunten vastgesteld namelijk:

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht (bewegen en voeding)
- Diabetes
- Depressie

Per speerpunt zijn landelijk de volgende doelstellingen vastgesteld:

- Roken: In 2010 rookt nog 20 procent van de bevolking (2006: 28 procent);
- Schadelijk alcoholgebruik:
 - Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 terug brengen naar het niveau van 1992;
 - Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent in 2006 naar 7,5 procent in 2010
- Overgewicht
 - het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005);
 - het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005)
- Diabetes
 - het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen
 - daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties
- Depressie
Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressie (in 2006 worden ongeveer 4000 personen bereikt).