

**Lokaal gezondheidsbeleid
Gemeente Drimmelen 2008 – 2011**

“GEZONDHEID IN DRIMMELEN”

Vastgesteld door de gemeenteraad van Drimmelen
in zijn vergadering van 27 november 2008

Inhoudsopgave

Gezondheid in Drimmelen	
lokaal gezondheidsbeleid gemeente Drimmelen 2008-2011	blz.
Hoofdstuk 1 Inleiding	4
Voorwoord	
1.1 Inleiding	4
1.2 Evaluatie vorige nota	5
1.3 Leeswijzer	5
1.4 Beleidsvoornemens en speerpunten	6
Samenvatting	6
Hoofdstuk 2 Gemeenten en gezondheidsbeleid	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Visie en definitie gezondheid	7
2.3 Wettelijk kader	8
2.4 Afstemming tussen curatieve zorg en preventie	10
2.5 Wcpv en Wmo: samenhang in beleid	10
2.6 Relatie tussen Wcpv en Wmo	11
2.7 Conclusie	12
Hoofdstuk 3 Gezondheidssituatie bevolking in Drimmelen	13
3.1 Regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning	13
3.2 Gezondheidssituatie jongeren volwassenen en ouderen	13
3.3 Uitkomst bilaterale gesprekken	16
3.4 Beleidsvoornemens ten behoeve van lokaal gezondheidsbeleid	17
3.5 Speerpunten van beleid	18
3.5.1 Speerpunt schadelijk alcoholgebruik	18
3.5.2 Speerpunt overgewicht	21
3.5.3 Speerpunt depressie	24
3.5.4 Speerpunt roken	27
3.5.5 Speerpunt diabetes	28
3.5.6 Aandacht voor milieu en gezondheid	30
3.5.7 Gezondheidsvoorzieningen	32
3.5.8 Uitwerking beleidsvoornemens en speerpunten	33
Hoofdstuk 4 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)	35
4.1 Inleiding in OGGZ	35
4.2 Definitie OGGZ	35
4.3 Taken gemeente(n)	36
4.4 Doelgroepen OGGZ	36
4.5 OGGZ aanpak en activiteiten	37
4.6 Lokale invulling	37
Hoofdstuk 5 AED	39
5.1 Inleiding	39
5.2 Rol en taak gemeente	39
5.3 Risicovolle personen en situaties	39

5.4 Voorwaarden AED locaties	39
5.5 Naar een AED netwerk in Drimmelen	40

Hoofdstuk 6 Beleidsvoornemens **41**

6.1 Inleiding	41
6.2 Regie	41
6.3 Integraal beleid	41
6.4 Gezondheidsbevordering/leefstijl	41
6.5 Gezondheidsvoorzieningen/jeugdgezondheidszorg	41
6.6 OGGZ	42
6.7 AED	42
6.8 Van voornemens naar uitwerking	42

Hoofdstuk 7 Financiële middelen **43**

Hoofdstuk 8 Evaluatie **45**

Hoofdstuk 9 Literatuurverwijzingen en afkortingen **46**

- Geraadpleegde literatuur
- Gegevensbronnen
- Lijst met afkortingen

Bijlagen **48**

- Bijlage 1: Interactieve bijeenkomst Integraal Gezondheidsbeleid voor de ambtenaren van de gemeente Drimmelen d.d. 1 oktober 2007
- Bijlage 2: Startnotitie nota volksgezondheid gemeente Drimmelen.
- Bijlage 3: Samenvatting verslag sleutelorganisaties gemeente Drimmelen, februari 2008
- Bijlage 4: Evaluatie lokaal volkgezondheidsplan Drimmelen 2004-2007
- Bijlage 5: Overzicht taken GGD West-Brabant
- Bijlage 6: Uitvoeringsplan 2008 – 2011 op hoofdlijnen
- Bijlage 7: Inspraakreacties nota vgz Drimmelen 2008 – 2011 d.d. 13 oktober 2008

Hoofdstuk 1. Inleiding

Voorwoord

Voor u ligt de 2^e nota volksgezondheid 2008 – 2011 Drimmelen, genaamd: Gezondheid in Drimmelen. Gezondheid is niet alleen een zaak van de individuele burger, ook de lokale overheid heeft daarin een belangrijke taak.

Op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid is de gemeente Drimmelen verplicht om een lokaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen en uit te voeren.

Om dit beleid te kunnen ontwikkelen is het noodzakelijk om inzicht te hebben in de gezondheidstoestand van de burgers in Drimmelen.

In 2007 heeft GGD West-Brabant de gezondheidssituatie in Drimmelen beschreven. Daaruit blijkt, dat er toch nog wel wat verbeterd kan worden aan de gezondheid van inwoners in Drimmelen. Het boekje Gezondheid telt! in Drimmelen bevat ook lokale kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid in de toekomst.

Een belangrijke conclusie daarbij is dat met preventie nog veel gezondheidswinst is te behalen, vooral als het gaat om het bevorderen van gezond gedrag. Hierbij wil de gemeente de rol van regisseur op zich nemen. Preventie gezondheidszorg wordt immers versterkt door een goede samenwerking en afstemming.

De nota is tot stand gekomen na een uitvoerig traject van informatie, overleg en inspraak met alle betrokken organisaties en instellingen op het gebied van volksgezondheid in Drimmelen. Ik wil iedereen bedanken die een bijdrage aan de vaststelling van de nota heeft geleverd.

Wethouder Volksgezondheid
Koos Krook

1.1 Inleiding

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (hierna Wpcv) verplicht gemeenten elke vier jaar een nota volksgezondheid vast te stellen. In maart 2004 heeft de gemeenteraad de eerste nota volksgezondheid Drimmelen 2004 – 2007 vastgesteld.

Voor u ligt de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid 2008 – 2011 getiteld: 'Gezondheid in Drimmelen'.

Deze nota is interactief tot stand gekomen.

- Tijdens een op 23 augustus 2007 gehouden informatieve bijeenkomst is de gemeenteraad van Drimmelen geïnformeerd over het GGD onderzoek 'Gezondheid telt! In Drimmelen', waarbij de lokale gezondheidssituatie in beeld wordt gebracht.
- Op 1 oktober 2007 heeft er een interactieve bijeenkomst plaatsgevonden met een aantal beleidsmedewerkers van Drimmelen, werkzaam op andere beleidsvelden dan volksgezondheid. Een verslag van deze bijeenkomst is opgenomen als bijlage 1 van deze nota.
- Daarna is er een startnotitie opgesteld, die op 19 december 2007 in de commissie Inwonerszaken is besproken. In die startnotitie zat ook een voorstel opgenomen om een aantal speerpunten van beleid te benoemen en om een procedure vast te stellen. In bijlage 2 is de startnotitie als bijlage opgenomen.
- In februari 2008 hebben bilaterale gesprekken plaatsgevonden met een 15-tal sleutelinstanties op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid in de gemeente. Een samenvattend verslag op hoofdlijnen van deze bijeenkomsten is als bijlage 3 bij deze nota opgenomen.

- Naar aanleiding van deze stappen is de nota lokaal gezondheidsbeleid opgesteld. De nota was gedurende de maand augustus 2008 beschikbaar voor inspraak. Afhankelijk van de inhoud van de reacties zijn deze in de nota verwerkt.

1.1 Evaluatie vorige nota

De nota volksgezondheid Drimmelen 2004 – 2007 is in 2007 geëvalueerd. Uit deze evaluatie zijn aanbevelingen voortgekomen voor deze nota 2008 – 2011. Hieronder volgt een korte opsomming van de aanbevelingen, de rest van de evaluatietekst vindt u in bijlage 4.

Kernpunten uit de evaluatie:

Bij het uitvoeren van de nota 2008 – 2011 zal met de volgende factoren rekening moeten worden gehouden:

- de gemeente Drimmelen heeft een duidelijke regierol inzake de collectieve preventie. Belangrijke taak hierbij is het realiseren van de samenhang binnen het gezondheidsbeleid en met de aanpalende beleidsgebieden (zoals milieu, jeugd, ruimtelijke ordening), het initiëren en implementeren van vernieuwingen;
- er dient een eigen beleid te worden opgesteld waarbij lokale omstandigheden voldoende aandacht krijgen;
- zorg voor een goede financiering voor uitvoering van de beleidvoornemens;
- geef het beleidsterrein binnen de gemeentelijke organisatie een duidelijke positie waardoor veel verbetering bereikt kan worden door bewuster om te gaan met het facet volksgezondheid binnen andere beleidsterreinen;
- bij Wmo-loket dient ook nadrukkelijk aandacht te zijn voor het aspect gezondheid;
- leefstijl is bij uitstek het onderwerp waarop gemeenten lokaal beleid kunnen voeren. Op basis van epidemiologische gegevens moeten speerpunten worden benoemd.
- gezondheid is niet alleen een zaak van de vakafdeling. Andere afdelingen spelen eveneens een belangrijke rol in de fysieke en of sociale omgeving, met andere woorden: er dient sprake te zijn van integraal en solidair beleid.

1.3 Leeswijzer

De gemeente Drimmelen hanteert met betrekking tot gezondheid de definitie van de World Health Organization (WHO). In hoofdstuk 2 wordt deze definitie, die het fundament vormt voor het gezondheidsbeleid, uitgewerkt. Daarna volgt een beschrijving van het wettelijk kader voor gemeentelijk gezondheidsbeleid: de Wcpv, integraal gezondheidsbeleid, de regierol van gemeenten en de Wmo. Vervolgens wordt stil gestaan bij de afstemming met de curatieve zorg en wordt gekeken naar samenhang in beleid tussen Wcpv en Wmo.

De invoering van de Wmo per 1 januari 2007 is één van de beleidsmatige ontwikkelingen die een nauwe samenhang heeft met de Wcpv. Hoofdstuk 2 besluit daarom met de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen beide wetten.

Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de gezondheidstoestand van de inwoners van de gemeente Drimmelen weer. Inzicht in de gezondheidssituatie in Drimmelen is van belang om te bepalen welke ondersteuning nodig is.

Dit hoofdstuk geeft de speerpunten voor de komende jaren weer.

In hoofdstuk 4 wordt stil gestaan bij de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) Per 1 januari 2007 is de OGGZ overgeheveld van de Wcpv naar de Wmo. Gelet op de duidelijke relatie met het gezondheidsbeleid is er toch voor gekozen om het onderdeel te laten uitmaken van het gezondheidsplan.

In hoofdstuk 5 wordt aandacht geschonken aan het fenomeen van de AED en de ontwikkeling van een gemeentelijk netwerk.

Hoofdstuk 6 zet de gemeentelijke beleidsvoornemens op het brede terrein van volksgezondheid op een rij. Gezien het brede terrein van volksgezondheid moeten prioriteiten worden gesteld. Daarom worden in hoofdstuk 3 ook speerpunten benoemd.

In hoofdstuk 7 wordt stil gestaan bij de beschikbare financiële middelen voor gezondheidsbeleid.

1.4 Beleidsvoornemens en speerpunten

SAMENVATTING

In deze nota zijn beleidsvoornemens en speerpunten op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar geformuleerd. Eén van de beleidsvoornemens is dat de gemeente Drimmelen haar regierol in het kader van de openbare gezondheidszorg krachtiger wil neerzetten. Hierbij dient sprake te zijn van integraal beleid zowel binnen de organisatie van de gemeente maar ook tussen externe partijen.

Verder wil de gemeente Drimmelen de aanwezige (zorg)voorzieningen behouden en waar hiaten zijn een stimulerende en initiërende rol op haar nemen.

Daarnaast dient de gemeente te investeren in de jeugdgezondheidszorg als spil binnen het gemeentelijke jeugdbeleid en leefstijl voor alle doelgroepen van de bevolking (van jong tot oud). Naast beleidsvoornemens noemt de nota ook speerpunten van beleid, t.w. preventie schadelijk alcoholgebruik, preventie overgewicht en preventie depressie, vooral gericht op de risicogroep jeugd. Ook zijn roken en diabetes als speerpunt opgenomen.

Ook wil de gemeente gelet op de prestatievelen 7,8 en 9 (Maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg) een begin maken met een eigen beleid als onderdeel van een samenwerkingsverband met centrumgemeente en overige regiogemeenten.

Tenslotte ziet de gemeente Drimmelen het als haar taak om in samenspraak met de plaatselijke EHBO-verenigingen en de Stichting Reanimatie en AED Onderwijs maatregelen te treffen om de overlevingskansen van haar inwoners bij een hartfalen te vergroten.

Hoofdstuk 2. Gemeenten en gezondheidsbeleid

2.1 Inleiding

In de praktijk worden er verschillende definities over gezondheid gehanteerd. Vaak wordt deze definitie versmald tot alleen gezondheidszorg. Daarom is het van belang om het kader van de nota volksgezondheid nog eens goed in beeld te brengen.

Gemeentelijk beleid heeft vooral betrekking op de periode, voorafgaande aan ziek worden en het bevorderen en behouden van de gezondheid.

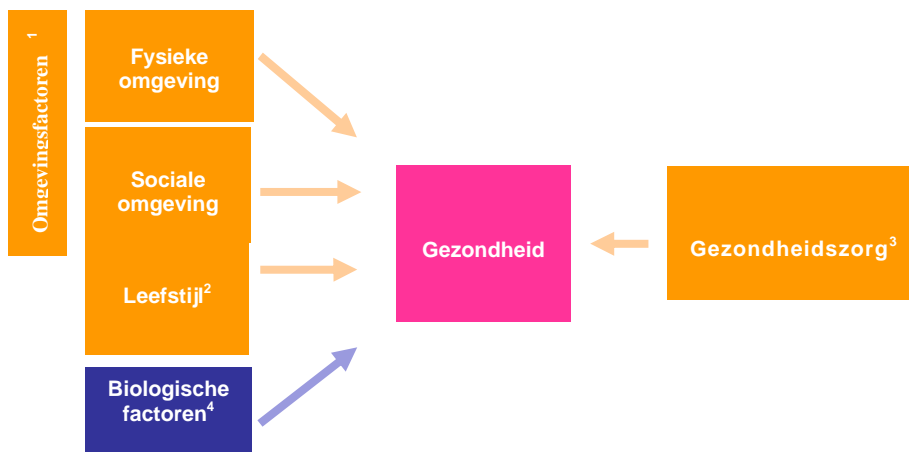
2.2 Visie en definitie gezondheid

Volgens de definitie van de World Health Organization (WHO) is 'gezondheid' een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen het afwezig zijn van ziekte of gebrek. Het gaat dus niet alleen om lichamelijke gezondheid maar ook om geestelijke en sociale gezondheid.

Bij een dergelijke brede definitie van gezondheid zijn een aantal determinanten te onderscheiden die de gezondheid beïnvloeden.

In 1974 heeft de toenmalige minister van Gezondheid in Canada, Lalonde, een analysemodel ontwikkeld om gezondheid te verklaren met behulp van factoren die er op van invloed zijn. Tot op de dag van vandaag biedt dit model een zeer bruikbare basis voor (lokaal) gezondheidsbeleid. Het gaat dan om:

Figuur 1: Model van Lalonde



- 1 Omgevingsfactoren: → de fysieke en sociale omgeving: aspecten van wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten;
- 2 Leefstijlfactoren: → het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).
- 3 Gezondheidszorg: → het gaat hier vooral over de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.
- 4 Biologische en erfelijke factoren: → de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte.

Gezondheid en gezond gedrag is in de eerste plaats een zaak van mensen zelf, maar uit het

bovenstaande model blijkt dat ook andere factoren een rol spelen bij het maken van gezonde keuzes en gezondheid van mensen, zoals de omgeving en de aanwezigheid van gezondheidsvoorzieningen.

Het hebben van een goede gezondheid is een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk te kunnen participeren.

Op basis van bovenstaande omschrijving stelt de gemeente Drimmelen zich ten doel de gezondheid van haar inwoners zo goed mogelijk te beschermen, te bewaken en te bevorderen.

Doelstelling: het doel van het gezondheidsbeleid is het verbeteren van de gezondheidskansen van de inwoners van de gemeente Drimmelen in het algemeen en van de risicogroepen in het bijzonder. In de volgende hoofdstukken wordt deze algemene doelstelling uitgewerkt naar specifieke maatregelen om deze bereiken.

2.3 Wettelijk kader

Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van haar burgers, namelijk de Grondwet, de Gemeentewet, de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In de Grondwet en de Gemeentewet staat dat de gemeente een algemene verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van burgers en voor een samenhangend en toegankelijk gezondheidszorgstelsel in de regio. Beide wetten schrijven geen taken of activiteiten voor. De Wcpv en de Wmo noemen wel verschillende taken. Naast de vier voornoemde wetten bestaan er nog diverse andere wetten waarin de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de openbare volksgezondheid verankerd is.

Wet collectieve preventie volksgezondheid

De belangrijkste wet voor deze nota is de Wcpv. Deze wet verplicht de gemeenten om vierjaarlijks een nota vast te stellen met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie. Verder zijn in de Wcpv de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente op het gebied van de openbare gezondheidszorg vastgelegd. Voor het uitvoeren van deze taken heeft de gemeente Drimmelen samen met 17 andere gemeenten in West-Brabant één gezondheidsdienst, de GGD West-Brabant. De GGD voert de taken van de gemeente op het gebied van de openbare gezondheidszorg uit.

Daarnaast heeft de gemeente de taak bij het nemen van beleidsbeslissingen op andere terreinen de gevolgen voor de volksgezondheid af te wegen en hierbij advies in te winnen van de GGD.

Integraal gezondheidsbeleid

Op basis van de Wcpv zijn gemeenten verplicht om integraal gezondheidsbeleid uit te voeren. Dit betekent dat vanuit verschillende beleidsterreinen samen wordt gewerkt aan volksgezondheid. Gezondheid wordt namelijk beïnvloed door veel verschillende factoren. Deels zijn dit factoren die door beleid zijn te beïnvloeden: leefstijl, sociale en fysieke omstandigheden en gezondheidszorg. Het beleid over deze factoren wordt niet alleen gemaakt op de afdeling Maatschappelijke aangelegenheden (volksgezondheid, welzijn, sport, sociale zekerheid, onderwijs e.d.) maar ook op andere afdelingen w.o. Grondgebied (ruimtelijke ordening, volkshuisvesting, milieu), Openbare Werken (verkeer en vervoer) en BMO (veiligheid). De gemeente Drimmelen kiest bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid dan ook voor een integrale, afdelingoverstijgende aanpak. In de hierna volgende hoofdstukken kunt u lezen hoe hieraan vorm wordt gegeven. Er is gebleken dat veel organisaties en instellingen actief zijn op het gebied van gezondheidsbeleid maar dit niet altijd van elkaar weten. Afstemming tussen deze

organisaties, instellingen en de gemeenten zou versterkt moeten worden. Met name scholen en gemeenten kunnen elkaar versterken als het gaat om preventief volksgezondheidsbeleid.

Regierol gemeenten

Tot slot regelt de Wcpv dat gemeenten regisseur zijn in het lokale gezondheidsbeleid. Dit betekent dat gemeenten moeten afstemmen, bewaken, coördineren en integreren. De gemeente Drimmelen zal deze regierol de komende vier jaar verder versterken. Met de totstandkoming van deze nota is hiervoor al een stevige basis gelegd, aangezien deze tot stand is gekomen in samenwerking met de samenwerkingspartners in de regio. Deze zullen ook uitdrukkelijk worden betrokken bij de uitvoering van deze nota in de komende vier jaar.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Met de Wmo hebben gemeenten nog een instrument in handen gekregen voor een doeltreffend gezondheidsbeleid. Doel van de Wmo is het bevorderen dat mensen 'meedoen' in de samenleving. Op grond van deze wet moeten gemeenten beleid en voorzieningen regelen op negen prestatievelden die in de wet staan beschreven. Eens per vier jaar geeft de gemeente in een beleidsplan aan welke prestatie ze precies gaat leveren op de negen velden. De Wmo heeft raakvlakken met de Wcpv. Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk leven en het bevorderen van gezondheid liggen namelijk in elkaars verlengde. Gezondheid en participatie versterken elkaar; mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder en andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij mogelijk. Met het volksgezondheidsbeleid wordt dan ook (deels) invulling gegeven aan de prestatievelden van de Wmo.

Landelijk preventiebeleid

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. In de nota Kiezen voor gezond leven staan de rijksprioriteiten voor de periode 2007 tot 2010. In deze preventienota benadrukt de minister dat investeren in de gezondheid van de Nederlander hard nodig is, omdat Nederland internationaal gezien achterop raakt met gezondheid. Vooral ongezond gedrag draagt flink bij aan de ziektelast. Sterfte, vóórkomen 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.

Hoewel ziekte deels onvermijdelijk is door (genetische) aanleg of toeval, zijn de welvaartsziekten van nu grotendeels te vermijden. Vooral ongezond gedrag verhoogt de ziektelast, omdat veel ongezonde leefgewoonten een risico vormen voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes (type 2).

Dit is dan ook de reden dat de minister in zijn preventienota kiest voor speerpunten die vooral met leefstijl te maken hebben en risicofactoren die leiden tot een grote ziektelast.

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

Het voorkomen en tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. Naast deze drie leefstijlfactoren zijn ook twee ziekten tot speerpunt genoemd. 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. Deze aanpak op het grensvlak van preventie en zorg is daarmee een voorbeeld voor andere chronische ziekten. Depressie is een van de belangrijkste psychische stoornissen waar met preventie gezondheidswinst te boeken is. Mensen met een depressie roken en drinken relatief vaak en zijn vaker te zwaar. Ook bij depressie kan vroegsignalering en tijdige interventie een flink deel van de ziektelast voorkomen. De minister benadrukt in zijn preventienota dat preventie voor een belangrijk deel een zaak van de gemeente en lokale organisaties en hulpverleners is. Het rijk verwacht dan ook dat alle gemeenten genoemde speerpunten vertalen naar de lokale situatie

2.4 Afstemming tussen curatieve zorg en preventie

Het bevorderen van onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en de (curatieve) zorg is een van de taken uit de Wcpv. Hierbij is sprake van een spanningsveld tussen enerzijds de taak die de gemeente heeft anderzijds het ontbreken van een aantal bevoegdheden.

Formeel heeft de gemeente immers geen zeggenschap over partijen in de gezondheidszorg zoals huisartsen en ziekenhuizen. Het omgekeerde geldt ook. Andere partijen kunnen de gemeentelijke werkzaamheden niet sturen.

Gemeenten en zorgaanbieders zullen dus door overleg en onderhandeling moeten zoeken naar mogelijkheden om problemen in gezamenlijkheid aan te pakken of te voorkomen.

Kijkend naar ontwikkelingen in het zorgaanbod dan is die van (dreigende) tekorten aan 1^e lijnhulpverleners als huisartsen een zorgwekkende ontwikkeling. Hoewel de gemeenten hierover geen beslissingsmacht hebben, is het wel een probleem dat aandacht moet krijgen in het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid.

Op dit moment is binnen de gemeente Drimmelen de samenwerking met de huisartsengroep onderwerp van overleg. Zaken die hierbij aan de orde komen zijn: hoe kan de gemeente huisartsen meer betrekken bij collectieve preventie; hoe kunnen jonge startende huisartsen, die een praktijk overnemen worden gefaciliteerd; dit is noodzakelijk om de eerste lijn binnen de dorpen te houden, faciliteiten in een dorp voorkomen leegloop. Een ander punt betreft een betere samenwerking tussen huisartsen en GGD, CIZ.

2.5 Wcpv en Wmo: samenhang in beleid

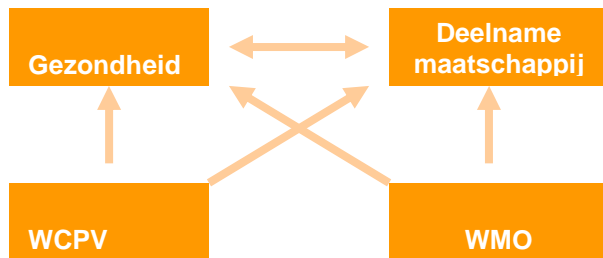
Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning in werking getreden. De Wmo biedt één wettelijk kader voor maatschappelijke zorgverlening en vervangt daarmee delen van de Welzijnswet, de Wet voorziening gehandicapten (Wvg), delen van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en enkele daarmee samenhangende subsidieregelingen. De kern van de Wmo is dat iedereen meedoet aan de samenleving. Maar dit is niet vanzelfsprekend voor alle mensen omdat zij belemmeringen ondervinden. De gemeente heeft hierin de taak om de nodige ondersteuning te bieden. De Wcpv en de Wmo kunnen elkaar hierbij aanvullen en versterken.

2.6 Relatie tussen Wcpv en Wmo

De Wcpv en de Wmo hebben diverse raakvlakken met elkaar, vooral op het gebied van bevorderingstaken. Je kunt de wetten beschouwen als twee pijlers, die onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

Figuur 2: Wcpv en Wmo pijlers voor kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven



Wcpv en Wmo onmisbare pijlers voor kwaliteit van leven

Er zijn echter ook verschillen.

Aan de hand van een aantal kernbegrippen kunnen beide wetten kort als volgt worden samengevat:

De grijs gemarkeerde onderdelen geven de verschillen aan die tussen de beide wetten bestaan:

	Wcpv	Wmo
Initiatief	<ul style="list-style-type: none"> Bij de gemeenten Maatschappelijke hulpvraag 	<ul style="list-style-type: none"> Bij de gemeenten en het individu Naast maatschappelijke hulpvraag, ook individuele hulpvraag Consumentenbelang
Doel	<ul style="list-style-type: none"> Collectief belang (publiek domein) Actief, ongevraagd Anticiperend 	<ul style="list-style-type: none"> Actief, ongevraagd, anticiperend, passief, gevraagd en reactief
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> De gezondheid van alle burgers bevorderen 	<ul style="list-style-type: none"> Alle burgers maatschappelijk mee laten doen
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> Alle burgers 	<ul style="list-style-type: none"> Alle burgers
Kernfuncties	<ul style="list-style-type: none"> Gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziekte preventie 	<ul style="list-style-type: none"> Het bieden van ondersteuning om maatschappelijk te kunnen participeren
Soort taken	<ul style="list-style-type: none"> Beleids-, bevorderings- en uitvoeringstaken 	<ul style="list-style-type: none"> Beleids-, bevorderings- en uitvoeringstaken
Beleidsterrein	<ul style="list-style-type: none"> Raakt alle beleidsterreinen 	<ul style="list-style-type: none"> Raakt alle beleidsterreinen
Verantwoording	<ul style="list-style-type: none"> Nota lokale vgz 4 jaarlijks 	<ul style="list-style-type: none"> Nota Wmo 4 jaarlijks
Financiering	<ul style="list-style-type: none"> Hoofdzakelijk gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> Hoofdzakelijk gemeente
Overheidssturing	<ul style="list-style-type: none"> Gematigd decentraal, regie gedeeltelijk bij gemeenten 	<ul style="list-style-type: none"> Sterk decentraal, regie volledig bij gemeenten
Branche	<ul style="list-style-type: none"> Preventie, cure 	<ul style="list-style-type: none"> Preventie, care, welzijn en wonen
Soorten preventie	<ul style="list-style-type: none"> Primaire en secundaire 	<ul style="list-style-type: none"> Primaire, secundaire en tertiaire
Gezondheidsaspecten	<ul style="list-style-type: none"> Fysieke, sociale en 	<ul style="list-style-type: none"> Sociale, psychische en fysiek (nadruk op

	psychische, (nadruk op publieke gezondheid)	welbevinden)
--	--	--------------

2.7 Conclusie

De relatie tussen de Wcpv en de Wmo geeft aan het belang van preventie. Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt. De resultaten van preventie zijn vaak pas zichtbaar op lange termijn. Het in beeld brengen van mogelijkheden van preventie op verschillende momenten in het ziekte/ beperkingsproces (oftewel preventieketen) kan daarbij van groot belang zijn.

Een gezonde Wmo betekent aandacht hebben voor de Wcpv als onmisbare pijler naast de Wmo ter bevordering van de kwaliteit van leven van burgers, maar ook kiezen voor een goede balans tussen zichtbare zorg op korte termijn versus minder zichtbare preventie op de lange termijn. Voorkomen is nog altijd beter en goedkoper als genezen en verzorgen!

Hoofdstuk 3. De gezondheidssituatie van de bevolking in Drimmelen

3.1 Regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning

Zorg voor gezondheid, de vierde Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) brengt een grote hoeveelheid actuele informatie samen over gezondheid, preventie en zorg in Nederland. De Nederlander is weer wat gezonder geworden, maar het kan nog beter. Zo zijn ongezond gedrag en overgewicht, vooral bij de jeugd, een bron van zorg voor de gezondheid in de toekomst. Ook worden binnen Nederland grote verschillen in gezondheid en gezondheidsrisico's aangetroffen tussen regio's of buurten. Gezondheidsachterstanden hangen vaak samen met sociaal-economische achterstanden en andere ongunstige kenmerken van de leefomgeving. Preventie zal zich daarom niet alleen op het individu moeten richten, maar ook op zijn omgeving. De uitgaven voor zorg zijn de afgelopen jaren flink gestegen, maar de gezondheidszorg heeft in de achterliggende decennia ook veel bijgedragen aan een langer leven in goede gezondheid. En die betere gezondheid betekent ook meer zelfredzaamheid, meer deelname aan de samenleving en uiteindelijk minder beroep op langdurige zorg. Toch is nog winst te boeken op het terrein van patiëntveiligheid, ketenzorg en vooral ook effectieve preventie en zorg.

In 2006 heeft de GGD West-Brabant een regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (rVTV) uitgevoerd waarin de gezondheid van de bevolking in West-Brabant in kaart is gebracht. In aanvulling daarop is per gemeente een lokaal gezondheidsprofiel opgesteld en zijn kernboodschappen voor lokaal gezondheidbeleid geformuleerd.

Voor de gemeente Drimmelen zijn deze gegevens gebundeld in de publicatie 'Gezondheid telt! in Drimmelen'. Uit de rVTV blijkt dat de gezondheidssituatie van de gemeente Drimmelen niet veel afwijkt van het Nederlandse gemiddelde.

Op de vijf landelijke speerpunten (roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, depressie en diabetes) is ook voor de gemeente Drimmelen veel gezondheidswinst te behalen.

Gezondheidswinst kan ondermeer tot uiting komen in:

- een langere levensverwachting
- meer jaren van het leven doorbrengen in goede gezondheid, daarbij gaat het om:
 - het aantal jaren in goed ervaren gezondheid
 - het aantal jaren zonder lichamelijke beperkingen
 - het aantal jaren in goede geestelijke gezondheid
- meer kwaliteit van leven (meer welbevinden en een betere ervaren gezondheid)
- een daling van het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte of aandoening
- een daling van het aantal mensen dat een bepaalde ziekte of aandoening heeft (gehad)

3.2 Gezondheidssituatie jeugd en jongeren, volwassenen en ouderen

De gezondheidssituatie in de gemeente Drimmelen is door de GGD West- Brabant in beeld gebracht in 'Gezondheid telt!' in Drimmelen en in de ouderenmonitor 2006/2007. Hieronder worden de belangrijkste en meest opvallende punten voor Drimmelen samengevat, onderverdeeld naar jongeren, volwassenen en ouderen in de gemeente.

- **Jeugd en jongeren**

Veel jongeren gedragen zich ongezond. Jongeren zijn de afgelopen jaren meer gaan drinken. Steeds meer kinderen en jongeren zijn te dik. Door dit ongezonde gedrag investeren zij in toekomstige ongezondheid. Ongezond gedrag en overgewicht komen ook bij jongeren in

Drimmelen veel voor. 9% Van de jongeren (12 t/m 17 jaar) in Drimmelen rookt dagelijks sigaretten. In Drimmelen geeft 7% van de jongeren aan overgewicht te hebben. Metingen van lengte en gewicht bij kinderen uit Drimmelen van 5 en 6 jaar laten zien dat 7% te dik is. Bij de kinderen van 10 en 11 jaar is zelfs 11% te dik. Deze cijfers zijn weer gunstig ten opzichte van de regio. Het alcoholgebruik is voor jongeren onder de 16 jaar extra schadelijk. Ze verdragen alcohol slechter omdat ze nog in de groei zijn, minder wegen en klein zijn. Hierdoor voelen ze de effecten sneller en heviger. Ook zijn er sterke aanwijzingen dat alcoholgebruik een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Tot slot geldt dat hoe jonger kinderen met alcohol in aanraking komen, hoe groter de kans is op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd. In Drimmelen drinkt bijna zes op de tien jongeren alcohol. Dit is significant ongunstiger vergeleken met de regio West-Brabant. 18% Van de jongeren in Drimmelen is een 'binge drinker' (zes of meer glazen alcohol op minstens een weekenddag). Juist de grote hoeveelheid alcohol die dan gedronken wordt is schadelijk op jonge leeftijd. Uit de regionale verkenning blijkt verder dat binge drinken vooral een probleem is van de 16- en 17 jarigen.

Ter voorkoming en bestrijding van overgewicht zijn gezonde voedingsgewoonten en voldoende beweging nodig. De verantwoordelijkheid voor het voedingsgedrag van jongeren ligt grotendeels bij de ouders. Dit vraagt om interventies gericht op ouders, eventueel in combinatie met opvoedingsondersteuning. Ook beleid op scholen, rondom aanbod in kantines op scholen voor voortgezet onderwijs kan een positieve invloed hebben. Naast gezonde voeding hebben ook sport en bewegen een grote invloed op het lichaamsgewicht.

- **Risicogroep lage SES**

In navolging van het rijksbeleid dient lokaal gezondheidsbeleid ook in te zetten op de doelgroep met een lage sociaal-economische status (SES). Mensen met een lage SES vertonen meer ongezond gedrag dan mensen met een hogere status. De groepen met een lage sociaal-economische status (SES) zijn echter moeilijk bereikbaar. Het is daarom belangrijk de lage SES-groepen goed in kaart te brengen, zodat ze met de juiste methodieken succesvol bereikt kunnen worden.

Dit kan bijvoorbeeld met effectief bewezen interventies als 'Goede voeding hoeft niet veel te kosten' voor mensen in de schuldhulpverlening of 'Armoede en gezondheid' voor kinderen die risico lopen op gezondheidsachterstand.

Sociale en fysieke omstandigheden zijn van invloed op gezond gedrag. De effectiviteit van de verschillende interventies neemt toe wanneer ze in samenhang worden toegepast, bijvoorbeeld door voorlichting te geven over gezonde voeding en bewegen en tegelijk te zorgen voor een gezond aanbod in (school)kantines en veilige fietspaden.

En dus kiest Drimmelen bij de speerpunten vooral voor de risicogroepen jeugd en een lage ses.

- **Volwassenen**

Van de volwassenen in Drimmelen ervaart 17% beperkingen in het dagelijks functioneren als gevolg van hun lichamelijke gezondheid. Het percentage volwassenen dat de eigen gezondheid als matig tot slecht ervaart is 12%.

Een op de acht volwassenen ervaart een slechte psychische Gezondheid.

Tot slot voelt in Drimmelen bijna een derde van de bevolking (19 t/m 64 jaar) zich eenzaam. Als gekeken wordt naar lichamelijke eigenschappen en leefstijl van volwassenen in Drimmelen dan is het beeld als volgt:

- Roken, alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit dragen het meest bij aan ongezondheid.

Van de leefstijlfactoren dragen roken, alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit het meeste bij aan ongezondheid. Veel volwassenen in Drimmelen gedragen zich, net als in de regio, ongezond. Een kwart van de volwassenen rookt dagelijks, bijna een op de zes volwassenen drinkt overmatig alcohol en bijna vier op de tien volwassenen beweegt te weinig.

- Overgewicht is een groot probleem. In Drimmelen heeft 54% van de volwassenen overgewicht. Drimmelen scoort hiermee ongunstiger dan de rest van de regio. Van de volwassenen heeft 10% ernstig overgewicht. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde in West-Brabant.
- **Ouderen**

De gemeente Drimmelen vergrijst. Er komen meer ouderen (65-plussers). Opvallend is dat er tot 2020 meer ouderen bijkomen van 65 – 74 jaar dan van 75 jaar en ouder. Deze jongere ouderen kunnen een belangrijke maatschappelijke rol vervullen bijvoorbeeld door het verrichten van vrijwilligerswerk en mantelzorg. Het merendeel van de ouderen in Drimmelen ervaart de eigen gezondheid als goed tot uitstekend. Toch komt bij 31% een matige tot slechte ervaren gezondheid voor. Daarnaast voelt 22% van de ouderen zich psychisch ongezond. Bijna de helft (48%) van de ouderen in Drimmelen is matig tot (zeer) ernstig eenzaam. Hiermee is eenzaamheid, net als in de gehele regio West-Brabant, ook in de gemeente Drimmelen een belangrijk probleem dat de kwaliteit van leven van ouderen aantast. Er is sprake van relatief meer kerkbezoek in Drimmelen, dit is een belangrijk aspect van het sociale netwerk waar ouderen zich in bevinden.

Als gekeken wordt naar lichamelijke eigenschappen en leefstijl van ouderen in Drimmelen dan is het beeld als volgt:

- Ongezond gedrag en overgewicht komen ook bij ouderen veel voor. In Drimmelen heeft 66% van de 65-plussers overgewicht. Dit zijn significant meer ouderen dan in West-Brabant als geheel, waar 60% overgewicht heeft. Ernstig overgewicht komt voor bij 17% van de ouderen. Meer dan de helft van de 65-plussers voldoet niet aan de aanbeveling voor groenteconsumptie (7%) of fruitconsumptie (53%). Met gezonde voeding is ook bij de ouderengezondheidswinst te behalen.

Tot slot is uit de regionale analyses gebleken, dat er binnen de groep ouderen specifieke groepen zijn die grotere gezondheidsrisico's lopen, de zogenaamde kwetsbare ouderen. Dit zijn ouderen met een hoge draaglast en met een lage draagkracht.

- **Kwetsbare ouderen**
In de gemeente Drimmelen behoort 27% van de ouderen tot de groep kwetsbaren (in West-Brabant 25%). Dit betekent dat deze ouderen eerder dan hun leeftijdgenoten een beroep zullen doen op de omgeving voor formele of informele hulp. Familie is zeer belangrijk voor de ouderen in Drimmelen, dit maakt hen ook kwetsbaar als de jongeren wegtrekken uit de gemeente. Ook ouderen met een lage sociaal-economische status vormen een belangrijke groep, die kwetsbaar is voor gezondheidsachterstanden. De sociaal-economische status wordt bepaald door het financieel rondkomen met alleen AOW. Van de ouderen in Drimmelen ontvangt bijna een op de drie alleen AOW, terwijl dit in West-Brabant een op de vier is.

Geconcludeerd kan worden dat de doelgroep ouderen aandacht behoeft, niet alleen vanuit preventie oogpunt maar ook vanuit wonen, welzijn en zorg. Met de vergrijzing zal de zorgvraag toenemen. Ook een aantal maatschappelijke ontwikkelingen zoals vermaatschappelijking van de

zorg, langer zelfstandig wonen en de vereenzaming vragen om lokale aanpassingen en actiepunten.

Hierbij dienen ook nadrukkelijk betrokken te worden de in de eindrapportage van het project Ouderenproof opgenomen aanbevelingen (347 in totaal) op het gebied van wonen, woonomgeving, welzijn en zorg.

Er is een Stichting Verankering Ouderenproof Drimmelen opgericht die tot taak heeft om te bewaken dat zoveel mogelijk actiepunten worden uitgevoerd. De uitvoering van de actiepunten is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de gemeente en externe partijen.

Op 29 februari 2008 heeft de Verankeringsgroep een samenwerkingsafpraak getekend met alle partijen die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de uitvoering van het rapport. Door ondertekening van deze samenwerkingsafpraak verklaren de betrokken organisaties, dat ze de doelstellingen, zoals genoemd in het eindrapport Ouderenproof onderschrijven, dat ze een bijdrage willen leveren aan de realisering van de conclusies en aanbevelingen en dat ze een inbreng willen leveren bij het Ouderenproof maken van de gemeente Drimmelen.

Ook bij ouderen en chronisch zieken is de te behalen gezondheidswinst nog groot. Preventie richt zich bij de ouderen en chronisch zieken meer op de kwaliteit van leven dan op winst in levensjaren.

Op basis van het vorenstaande is het wenselijk om speerpunten van beleid te benoemen en hierbij te kiezen voor de speerpunten alcohol en overgewicht, gericht op de risicogroep jeugd voor de komende vier jaar. Daarnaast is het wenselijk om gefaseerd over de komende vier jaar te kiezen voor de speerpunten depressie, diabetes en roken.

3.3 Uitkomst bilaterale gesprekken

In de maand februari 2008 hebben bilaterale gesprekken plaatsgevonden met vertegenwoordigers van een aantal sleutelinstanties in de gemeente. Het ging hierbij om de volgende instanties: AMW De Markenlanden, WWZ Drimmelen en SDOB, Thebe/Markenaasmond JGZ, Novadic-Kentron, MEE West-Brabant, GGZ regio Breda, GGD West-Brabant, Zorgcentrum De Wijngaerd, Stichting Welzijn Ouderen, Surplus, Thebe/MarkenMaasmond, HOOM. Tevens werd een schriftelijke reactie ontvangen van huisartsengroep Drimmelen. De uitkomst van deze gesprekken komt samengevat op het volgende neer:

De vertegenwoordigers onderschrijven in het algemeen de speerpunten, waarop de gemeente de komende vier jaar wil inzetten, t.w. alcohol, overgewicht en depressie ten behoeve van de risicogroep jeugd. Tegelijkertijd geeft men aan dat de hiergenoemde speerpunten niet leeftijdgebonden, maar dat deze in alle leeftijdscategorieën voorkomen. De gevolgen van overmatig alcohol gebruik worden vaak onderschat.

Het signaleren van overgewicht valt binnen het takenpakket van de JGZ. Immers de JGZ volgt het gewicht en de lengte van het kind vanaf de geboorte. Voor het bestrijden van overgewicht is het van groot belang om hiermee zo vroeg mogelijk in de opvoeding te beginnen.

Depressie kent verschillende oorzaken bijv. verlieservaring of iemand die last heeft van sombere gevoelens. Depressieve klachten bij jongeren ontstaan o.a. door pesten, eetstoornissen en sociaal isolement. Genoemde speerpunten gelden ook voor ouderen, gelet op toenemende vergrijzing in sterkere mate dan bij jongeren. Daarom is men van mening, dat ook ouderen als een risicogroep moeten worden aangemerkt. Bij depressie is een diagnose van huisarts erg belangrijk.

Ook ongezond gedrag en overgewicht komen veel voor bij ouderen in de gemeente. Drimmelen kent een relatief hoog aantal kwetsbare ouderen, zoals gehandicapte ouderen, dementerende

ouderen en allochtone ouderen. Ten aanzien van ouderen spelen ook problemen als eenzaamheid en dementie een belangrijke rol.

De sleutelinstanties zijn bereid om de komende jaren samen met de gemeente te werken aan de speerpunten, mits ouderen en dementerenden ook als risicogroep wordt aangemerkt. Hierbij zien instellingen ook een rol voor zichzelf weggelegd, bijv. op het gebied van schoolmaatschappelijk werk, huiselijk geweld, schuldhelpverlening; alcohol- en drugspreventie; preventie over meer bewegen, betere voeding, het vroegtijdig opsporen en op het spoor zetten naar hulpverlening.

Hoewel er incidenteel nieuwe activiteiten worden opgepakt, ontbreekt het tot op heden aan een integrale aanpak. Naar de mening van de vertegenwoordigers maakt de gemeente onvoldoende gebruik van deskundigheid bij organisaties die al in de gemeente werkzaam zijn.

Ten opzichte van een paar jaar geleden is er al veel meer overleg en inspraak, mede ook als gevolg van de invoering van de Wmo. Afstemming met de ketenpartners is erg belangrijk.

Van de gemeente wordt een meer prominente rol verwacht bij ontwikkelen van visie en voeren van regie. Gemeente moet zorgen voor voldoende afstemming en samenhang om versnippering van activiteiten te voorkomen.

Geadviseerd wordt om uitgezette programma's regelmatig te evalueren om te zien hoe het leeft. Ook continuïteit aanbrengen door programma over meerdere jaren uit te zetten. Bijv. 1 x per jaar wederzijdse aandachtspunten bespreken.

Integraal beleid vergroot de effectiviteit van volksgezondheidsbeleid. Dit betekent dat samenwerking noodzakelijk is met de verschillende, bij de volksgezondheid betrokken, voorzieningen.

Voorts wordt aanbevolen om samen met ketenpartners te werken aan een integrale aanpak van de speerpunten. Daarbij wordt actief meedoen van de gemeente als gewenst ervaren, bijv. bij het opzetten van themadagen en het beschikbaar stellen van faciliteiten, ook financiële. De gemeente moet het initiatief nemen om partijen samen te brengen, discussies aan te zwengelen en te komen tot een gezamenlijke visie.

Resumerend onderschrijft men het benoemen van de volgende speerpunten voor de komende vier jaar:

- het terugdringen en voorkomen schadelijk alcoholgebruik
- het terugdringen en voorkomen van overgewicht
- het voorkomen van depressie
- het terugdringen en voorkomen van roken
- het voorkomen van diabetes.

3.4 Beleidsvoornemens ten behoeve van lokaal gezondheidsbeleid

Lokaal Gezondheidsbeleid kan op basis van gezondheidsgegevens van de inwoners, ervaringen met de aanpak en de mogelijkheden op lokaal niveau worden ingekleurd.

Daarnaast zijn landelijke beleidsontwikkelingen en reeds lopend en/of bestaand beleid richtinggevend. Landelijk zijn vooral de onderwerpen leefstijl en ongezond gedrag en de ongelijkheid in gezondheid prioriteiten in beleid. Hierbij is bewezen dat mensen met een lage sociaal economische status (SES) korter leven, minder jaren in goede gezondheid en vertonen nog eens meer ongezond gedrag.

Het streven naar een goede volksgezondheid vraagt dan ook om een integraal beleid. Dit is niet altijd eenvoudig vorm te geven. Integraal beleid is gebaseerd op externe en interne samenwerking.

Intern kan worden nagegaan of en hoe andere gemeentelijke afdelingen kunnen bijdragen aan het behalen van en gezondheidsdoel. Extern kan samengewerkt worden met verschillende, bij volksgezondheid betrokken voorzieningen.

De gemeente Drimmelen wil een duidelijke regierol ten aanzien van collectieve preventie. Een belangrijke taak hierbij is het realiseren van samenhang binnen het gezondheidsbeleid en met de aanpalende beleidsterreinen.

De gemeente Drimmelen is van mening dat er een laagdrempelig aanbod van (zorg)voorzieningen binnen de gemeente voorhanden moet zijn. De aanwezige voorzieningen moeten behouden blijven en waar hiaten zijn dient de gemeente een stimulerende en initiërende rol op haar te nemen. Waar mogelijk dient bundeling van disciplines plaats te vinden.

3.5 Speerpunten van beleid

Op basis van de hierboven beschreven gezondheidssituatie en ontwikkelingen kunnen als speerpunt van beleid worden genoemd: schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, depressie, roken en diabetes. Met deze speerpunten sluit de gemeente bij de landelijke prioriteiten op het gebied van collectieve preventie.

Roken en schadelijk alcoholgebruik zijn leefstijlfactoren, overgewicht is echter een gevolg van een ongezonde leefstijl. Een ongezonde leefstijl kan bijdragen aan het krijgen van gezondheidsproblemen, bijv. hart en vaatziekten, diabetes en bepaalde vormen van kanker. Bij preventie van overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en roken gaat het vooral om gedragsverandering.

Diabetes veroorzaakt een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, blindheid en nierziekten. Depressie is een ziekte waarvan het aantal patiënten in de afgelopen jaren sterk is gestegen. Overgewicht vergroot het risico op het krijgen van diabetes (type 2). Bovendien zijn veel mensen met type 2 diabetes te zwaar en dat heeft vervelende gevolgen. Afvallen is dan de eerste stap in de behandeling.

Het verband met roken en diabetes is als volgt: wie stopt met roken, heeft minder kans op hart- en vaatziekten, de bloeddruk daalt en het cholesterolgehalte ook. Het bloedglucose zal na enige tijd verbeteren.

Preventie van depressie is belangrijk omdat het een groot verlies van kwaliteit van leven tot gevolg heeft. Preventie moet vooral gericht zijn op het vroeg opsporen van milde depressieklachten.

De speerpunten voor beleid de komende 4 jaar zijn:

3.5.1 Speerpunt terugdringen en voorkomen schadelijk alcoholgebruik

Inleiding

Alcoholpreventie heeft als doel verantwoord alcoholgebruik te stimuleren en de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik te voorkómen. Alcohol is het meest gebruikte en meest wijdverbreide genotmiddel in Nederland. Alcoholverslaving behoort tot de top 10 van gezondheidsproblemen. Terugdringen van het alcoholgebruik zou gezondheidswinst opleveren

op het terrein van ongevallen en op het terrein van chronische aandoeningen, zowel lichamelijke aandoeningen als psychische stoornissen (o.a. angststoornissen en depressie).

Overmatig alcoholgebruik kan talrijke schadelijke gevolgen hebben.

Naast gezondheidsproblemen voor de drinker zelf (o.a. leveraandoeningen, beschadiging van maag- en alvleesklier, verhoogde kans op hoge bloeddruk en daarmee op beroerten en bepaalde hartziekten; onderzoek laat tevens verband zien tussen overmatig alcoholgebruik en bepaalde vormen van kanker) levert het ook risico's en schade op voor de omgeving. Schadelijk alcoholgebruik hangt samen met agressie, criminaliteit, openbare orde en verkeersveiligheid. Denk aan gezinnen van alcoholisten, slachtoffers van agressie, van verkeersongevallen, ouders van kinderen die teveel drinken, werkgevers geconfronteerd met alcohol gerelateerde arbeidsverzuim: allen ondervinden de negatieve kanten van overmatig alcoholgebruik.

Alcoholgebruik onder jongeren heeft vooral schadelijke gezondheidseffecten, omdat ze nog in de groei zijn. Kinderen zijn gevoeliger voor de invloed van alcohol dan volwassenen vanwege hun stadium van groei en ontwikkeling. De gezondheidsrisico's van alcoholgebruik zijn voor hen relatief groot. De hersenen zijn tot het 24^e jaar in ontwikkeling. Overmatig alcoholgebruik bij jongeren kan leiden tot leer- en geheugenproblemen. Ook vergroot alcoholgebruik op jonge leeftijd de kans op alcoholproblemen op latere leeftijd.

Trend en cijfers

Onder de volwassenen is het percentage overmatig drinkende mannen en vrouwen de laatste jaren niet veel veranderd. Hoewel mannen over de hele lijn meer overmatig drinken, zijn onder vrouwen met een hoog opleidingsniveau de meeste overmatige drinkers te vinden. Zwaar alcoholgebruik komt vooral voor bij mannen met een lage sociaal economische status (SES).

Jongeren drinken te veel, te vroeg en te vaak. Jongeren drinken steeds meer en op steeds jongere leeftijd. Met name onder jonge meisjes van twaalf tot en met veertien jaar is het alcoholgebruik toegenomen: in 1999 had 32% in de laatste maand alcohol gedronken, in 2003 was dit 44% (Van Bon Martens, 2006). Steeds meer kinderen drinken al voor het twaalfde jaar hun eerste glas alcohol (peilstationsonderzoek 'Jeugd en riskant gedrag 2003', Trimbosinstituut).

Van de middelbare scholieren (12+) had in 2003 een hoger percentage ervaring met alcohol dan in 1999: respectievelijk 85% en 74%. Jongens drinken frequenter en meer alcohol dan meisjes, vooral oudere jongens. Bier (jongens) en breezers / premixen (meisjes) worden het meest gedronken.

In Drimmelen drinkt bijna zes op de tien jongeren alcohol. Dit is significant ongunstiger in vergelijking met de regio West-Brabant. 18% Van de jongeren in de gemeente is een 'binge' drinker (zes of meer glazen alcohol op minstens een weekenddag).

Juist de grote hoeveelheid alcohol die dan gedronken wordt is schadelijk op jonge leeftijd. Het binge drinken is vooral een probleem van 16- en 17-jarigen.

Voor jongeren onder de 16 jaar is het gebruik van alcohol extra schadelijk. Ze verdragen alcohol slechter omdat ze nog in de groei zijn, minder wegen en kleiner zijn. Hierdoor voelen ze de effecten sneller en heviger. Ook zijn er sterke aanwijzingen dat alcoholgebruik een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen.

Tot slot geldt dat hoe jonger kinderen met alcohol in aanraking komen, hoe groter de kans is op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd.

Cijfers in Drimmelen

Tabel: Overmatig alcoholgebruik in Drimmelen

	Jeugd (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Alcohol in afgelopen 4 weken	59%	-	-
Overmatig alcoholgebruik		15%	8%
Binge drinken	18%		

Bron: GGD West-Brabant, Breda 2007

Gemeentelijke ambitie

De gemeente wil eraan bijdragen dat kinderen niet te jong gaan drinken. De na te streven norm is: geen alcohol onder de 16 jaar. Om dit te bereiken wil de gemeente zoveel mogelijk gebruik maken van de verschillende beleidspijlers, zoals opgenomen in de landelijke handleiding.

1. Pijler vergroten publiek draagvlak: door middel van communicatie over het alcoholgebruik op straat via de media, communicatie over de risico's van te jong drinken, communicatie over het hoe en waarom van de maatregelen en communicatie aan de besturen van de sportverenigingen over de resultaten van de controles.
2. Pijler Regelgeving: geen alcoholgebruik op straat en verbod op verkoop van sterke drank in de sportkantine.
3. Pijler Handhaving: door politie en BOA zorgt de gemeente voor regelmatige controle op naleving. De gemeente Drimmelen behoort samen met de gemeente Geertruidenberg tot één van de 15 gemeenten of clusters van gemeenten die participeren in de landelijke pilot 'toezicht handhaving Drank- en Horecawet'. Deze pilot is een initiatief van het ministeries van VWS en BZK in samenwerking met de VNG. In het kader van deze pilot neemt de gemeente het toezicht op de gehele Drank- en horecawet over van de Voedsel en Waren Autoriteit. Verstrekking van alcohol aan minderjarigen heeft prioriteit bij de toezichthouders. De gemeente heeft de laatste 3 jaar in totaal 15 gebieden aangewezen, waar het, op grond van de APV niet is toegestaan alcohol voorhanden te hebben, dan wel te nuttigen. De politie ziet hierop toe.
4. Pijler Vroegsignalering: in beeld krijgen van groepen jongeren die excessief drinken; met GGD een nazorgprogramma opstellen voor jongeren die met een alcoholvergiftiging zijn opgenomen.

Kansen voor preventie van overmatig alcoholgebruik liggen vooral in een goede mix van preventieve activiteiten, die aangrijpen op zowel de persoonsgebonden determinanten van overmatig drinken (zoals kennis, houding, etc.) als de omgevingsgebonden determinanten. De omgeving moet zodanig veranderd worden dat 'de gezonde keuze' de makkelijkste keuze wordt en dat het gewenste gedrag eenvoudiger wordt volgehouden.

De schadelijke effecten van alcoholgebruik op jonge leeftijd zijn ook reden voor preventie. Op dit moment worden er in het kader van preventie en hulpverlening schadelijk alcoholgebruik verschillende projecten uitgevoerd. O.a. het project Gezonde school en genotmiddelen op de basisschool met ondersteuning vanuit GGD en Novadic Kentron. Het project Veilige school op het voortgezet onderwijs in samenwerking met HALT en politie.

Daarnaast bestaat er de reguliere hulpverlening vanuit GGD en JGZ, 1^e lijn huisartsen en Novadic-Kentron en 2^e lijn Novadic-Kentron, GGZ en Bureau Jeugdzorg. Er is in Drimmelen

echter nog veel gezondheidswinst te behalen door preventie op het gebied van schadelijk alcohol gebruik.

De gemeente wil de nadelige gevolgen van alcoholgebruik terugdringen door te voorkomen dat jongeren onder de 16 jaar alcohol drinken en door te voorkomen dat jongeren boven de 16 jaar overmatig alcohol gebruiken (doelstellingen beleidsbrief 'Alcohol en jongeren' ministerie van VWS 2005 – 2009).

Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn:

Het geven van voorlichting aan jongeren (structureel op basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs effectieve methodes als: 'Gezonde school en genotmiddelen') en ouders, instructie verantwoord alcoholgebruik (voor vrijwilligers kantine en buurthuizen), vroegsignalering in de huisartsenpraktijk, het instellen van leeftijdsgrenzen voor het kopen van alcohol en het beperken van reclame en verkooppunten.

Partijen betrokken bij uitvoering: Novadic-Kentron (verslavingszorg), de GGD, scholen, Horeca Nederland, sportverenigingen, buurthuizen, supermarkten/drankenhandel, jeugd-en jongerenwerk, verkeer & vervoer.

3.5.2 Speerpunt terugdringen en voorkomen overgewicht

Inleiding

Overgewicht is een toenemend gezondheidsprobleem zowel bij jeugdigen als volwassenen, niet alleen in Nederland, maar ook in Drimmelen. Landelijke cijfers laten zien dat overgewicht al bijna 10% bijdraagt aan de ziektelast, vooral door het hoge risico op diabetes. Belangrijkste oorzaken van overgewicht zijn te weinig lichaamsbeweging en te veel én ongezond eten.

Hoewel gezondheidsbeleid primair een taak is van volksgezondheid, wordt het daar niet uitsluitend gemaakt. Buiten de directe invloedssfeer van deze sector zijn immers ook andere factoren van invloed op de gezondheid, die bij het ontwikkelen van gemeentelijk gezondheidsbeleid dan ook nadrukkelijk integraal betrokken moeten worden.

Integraal gezondheidsbeleid heeft tot doel om op verschillende beleidsterreinen tegelijk gedrag positief te beïnvloeden. In het kader van preventie van overgewicht gaat het daarbij om:

- bevorderen van een gezonde leefstijl (voeding en bewegen)
- positief beïnvloeden van de sociale omgeving (thuis, werk, school en buurt);
- positief beïnvloeden van de fysieke omgeving (voorzieningen in de woonomgeving, aanbod van gezonde voedingsmiddelen).

Op lokaal niveau zijn op een aantal beleidsterreinen gecombineerde maatregelen mogelijk. We noemen de voorbeelden waarvan uit onderzoek is gebleken dat ze het meest effectief zijn.

- *Aanleggen van aantrekkelijke wandel- en fietspaden*

Een aantrekkelijke wandelomgeving ondersteunt 'lunchwandelen'. Goede wandel- en fietspaden stimuleren leerlingen om lopend of met de fiets naar school te gaan en ouderen naar voorzieningen via veilige en struikelvrije voetpaden. Bij dergelijke maatregelen is samenwerking nodig tussen de gemeentelijke afdelingen Grondgebied (ruimtelijke ordening), Openbare Werken (verkeer en vervoer) en Maatschappelijke aangelegenheden (volksgezondheid en welzijn). Heeft bovendien vermindering van allerlei uitstoot tot gevolg (positief effect in het kader van milieu).

- *‘Beweegvriendelijk’ maken van schoolpleinen*

Schoolpleinen kunnen zodanig worden ingericht dat ze beschikbaar zijn voor naschoolse sport of als speelmogelijkheid in de wijk. Vrije toegang tot zo'n plein is dan wenselijk. Om de haalbaarheid van deze maatregel te vergroten is samenwerking nodig tussen de partijen onderwijs, ruimtelijke ordening, sport, recreatie, volksgezondheid en beheer openbare ruimte.

- *Inrichten van een gezonde schoolomgeving*

Door de aanwezigheid van gezonde voeding en faciliteiten voor lichamelijke activiteit op school komt er een gezonde schoolomgeving. Ook voldoende fietsenstallingen, fietslessen en meer naschoolse sportmogelijkheden horen daarbij. Samenwerking tussen de gemeentelijke afdelingen Grondgebied (ruimtelijke ordening) en Maatschappelijke aangelegenheden (onderwijs, sport, recreatie, volksgezondheid) is nodig om deze maatregelen te realiseren.

- *Subsidiëren en stimuleren van fietsen naar het werk*

Een goede mogelijkheid om bewegen te stimuleren is het beschikbaar stellen van subsidies voor werkgevers om werknemers met de fiets naar het werk te laten gaan. Ook kunnen werkgevers gestimuleerd worden om te investeren in 'lichamelijke activiteit op het werk', een maatregel die indirect bijdraagt aan het terugdringen van ziekteverzuim. Op lokaal niveau spelen met name werkgevers een belangrijke rol bij de implementatie van een dergelijke maatregel. Maar ook een maatregel die meewerkt aan het dringen van allerlei uitstoot van milieu onvriendelijke stoffen. De gemeente Drimmelen heeft ook meegedaan aan het Cos project (Trappen naar de baas). Het cluster milieu kan meedenken over een op te stellen plan van aanpak m.b.t. stimulerende maatregelen.

- *Aanpassen van aanbod kantines door verkoop gezonde producten*

Een gezond voedingsbeleid in kantines op scholen, bedrijfsrestaurants, sport- en recreatiegelegenheden krijgt vorm door meer gezonde producten aan te bieden. Bij deze maatregel is samenwerking tussen verschillende partijen (kantines, onderwijs, werkgevers, sport en volksgezondheid) noodzakelijk. Hierbij kan ook gedacht worden aan ecologische producten of zelfs streekproducten.

- *Optimaal gebruiken van bestaande sport- en recreatiefaciliteiten*

Lichaamsbeweging en sportgedrag kunnen positief worden beïnvloed door bestaande faciliteiten beschikbaar te stellen. Gymlokalen van scholen zijn na schooltijd te gebruiken voor andere sport- en beweegdoeleinden. Dit geldt ook voor faciliteiten bij gezondheidscentra, winkels en bedrijven. Om dergelijke maatregelen zo goed mogelijk uit te voeren moeten lokale samenwerkingsverbanden tot stand komen tussen sportaanbieders en partijen als onderwijs, recreatie, welzijn en gezondheidszorg.

Trend en cijfers

De verwachting is dat het percentage volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) landelijk gezien de komende 20 jaar met 50% zal toenemen. Mogelijk zal de toename zelfs sterker zijn, omdat er aanwijzingen zijn dat de trend de komende jaren sterker zal stijgen dan in het verleden. Zo maakt de omgeving van mensen dat het steeds eenvoudiger wordt om te kiezen voor ongezond eten en te weinig bewegen: "de ongezonde keuze is veelal de makkelijkste keuze".

Cijfers in Drimmelen

Tabel: Mensen met overgewicht in Drimmelen

	Jeugd (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Overgewicht	7% (11%)	54% (47%)	-
Ernstig overgewicht	2% (2%)	10% (11%)	17% (14%)

Cursief en tussen haakjes staan de regionale West-Brabantse percentages weergegeven

Bron: GGD West-Brabant, Breda 2007

In Drimmelen heeft ruim de helft van de volwassenen overgewicht en heeft één op de tien van de volwassenen ernstig overgewicht. Verder geeft inmiddels 7% van de jongeren aan overgewicht te hebben. Ernstig overgewicht wordt door de jongeren in Drimmelen even vaak gerapporteerd als in West-Brabant. Metingen van lengte en gewicht bij kinderen van 5 en 6 jaar uit Drimmelen laten zien dat 7% te dik is. Bij de kinderen van 10 en 11 jaar is 11% te dik.

Tabel: Gezond eten en bewegen in Drimmelen

	Jeugd (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Beweegt onvoldoende	28% (24%)	39% (43%)	40% (39%)
Onvoldoende groente & fruit	88% (87%)	89% (90%)	77%/53% (74%/51%)

Cursief en tussen haakjes staan de regionale West-Brabantse percentages weergegeven

Bron: GGD West-Brabant, Breda 2007

Vier op de tien volwassenen en ouderen beweegt te weinig. Daarnaast voldoen de meeste volwassenen en de meeste ouderen niet aan de aanbeveling voor groente- en fruitconsumptie. Verreweg de meeste jongeren in Drimmelen (88%) eten niet dagelijks groente én fruit en bijna drie op de tien sport minder dan één keer per week buiten schooltijd.

Gemeentelijke ambitie

De gemeente wil de groei van het aantal jongeren met overgewicht tegengaan.

Op dit moment wordt in het basisonderwijs het project 'Eten+Gymen= Gewicht Dimmen' uitgevoerd. In het voortgezet onderwijs wordt gewerkt aan het project 'De Gezonde Schoolkantine'.

Daarnaast is in het schooljaar 2007/2008 gestart met het project KIDS (Kinderen in de Sport) als een pilot op 3 scholen. Het project duurt drie jaar en is bedoeld om leerlingen tijdens de reguliere gymlessen kennis te laten maken met de diverse takken van sport. De sportverenigingen bieden hierbij ondersteuning. Er is echter meer nodig.

De gemeente wil dit doen door: een gezonde leefstijl (voeding en bewegen) te bevorderen, de sociale omgeving positief te beïnvloeden (thuis, school en buurt), de fysieke omgeving positief te beïnvloeden (voorzieningen in woonomgeving en het aanbod van gezonde voedingsmiddelen)

positief te beïnvloeden. Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn: het geven van voorlichting- en advies, aanbieden van cursussen gezond eten en meer bewegen, sportstimuleringsactiviteiten, aanleg en onderhoud van trap- en speelveldjes in de buurt, aanleg van veilige fietsroutes, bij aanleg/ herinrichting van wijken de omgeving reeds zo inrichten dat deze uitnodigt of bewegen.

Partijen die betrokken kunnen/moeten worden zijn: de GGD, huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, sportverenigingen, scholen, jeugd- en jongerenwerk, thuiszorg, supermarkten. Omdat de hiervoor benodigde gedragsverandering niet van de ene op de andere dag zal plaatsvinden, is het aan te bevelen om gefaseerde subdoelen te formuleren. Men spreekt ook wel van het stellen van doelen op verschillende niveaus of termijnen.

De doelen voor lokaal beleid kunnen het beste op drie niveaus worden geformuleerd.

1. Voorwaarden scheppen voor gedragsverandering (korte termijn)
2. Gedrag positief beïnvloeden (middellange termijn)
3. Gezondheidseffecten bereiken (lange termijn)

Voor de *korte termijn* (1) valt te denken aan kennisvermeerdering over de gevolgen van overgewicht en vaardigheden waarmee mensen gewichtstijging tegen kunnen gaan.

Voorbeelden zijn het realiseren van een adequate verwijzing van mensen met overgewicht naar diëtisten of cursussen gericht op meer bewegen en gezond eten, het opnemen van voorlichting over voeding en bewegen in het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, het beweegvriendelijk inrichten van de woonomgeving.

De doelen op *middellange termijn* (2) hebben daarom te maken met gedragsverandering en gedragsbehoud. Bij overgewicht gaat het dan bijvoorbeeld om minder vet eten, meer bewegen en minder zittende activiteiten.

Als deze gedragsverandering een feit is, kan de volgende fase in beeld komen. Dan is het reëel om te verwachten dat de gezondheid van de burgers gunstig kan worden beïnvloed. Daarom wordt pas in de doelen op *lange termijn* (3) gesproken over het daadwerkelijk gunstig beïnvloeden van de gezondheid van burgers. Het gaat dan bijvoorbeeld om een daling in lichaamsgewicht en middelomtrek of het bewerkstelligen van een lager cholesterolgehalte in het bloed. Het uiteindelijke doel bij preventie van overgewicht is het voorkómen van ziekte en vroegtijdige sterfte of het verhogen van de kwaliteit van leven.

3.5.3 Speerpunt voorkomen van depressie:

Inleiding

Uit onderzoek onder volwassenen in Nederland blijkt dat bijna 45% van de bevolking ooit in zijn of haar leven een periode meemaakt waarin hij of zij gebukt gaat onder psychisch en psychiatrisch lijden. Wanneer we deze gegevens vertalen zal zeker een derde tot de helft van de problemen te maken hebben met depressieve klachten.

Iemand met een depressie heeft nergens zin in en ziet de wereld somber tegemoet. Vaak zijn er andere klachten zoals moeheid, eetproblemen, moeilijkheden bij het slapen, besluiteloosheid en schuldgevoelens.

Depressies behoren tot de aandoeningen die voor de grootste ziektelast zorgen. Dat wil zeggen dat wanneer mensen een depressie hebben, de kwaliteit van leven sterk verminderd is. Zij doen een groter beroep op de gezondheidszorg en verzuimen vaker van hun werk. Zo brengt een depressie ook aanzienlijke economische gevolgen met zich mee, vooral door productieverlies. Mensen met een depressie hebben meer moeite om actief en volwaardig te participeren in de samenleving. Depressie is dan ook een belangrijke oorzaak van schooluitval, arbeidsverzuim en sociaal isolement. Lokale preventie van depressie is daarmee niet alleen een gemeentelijk

aandachtspunt vanuit het volksgezondheidsbeleid, maar ook vanuit het maatschappelijk participatiebeleid.

Uiteraard heeft een depressieve periode ook veel gevolgen voor de omgeving; opgroeiende kinderen, partner, naaste omgeving en mantelzorgers.

Ook is bekend dat mensen vaak pas naar de hulpverlening stappen wanneer de problematiek al in belangrijke mate aanwezig is. Slechts 1% van alle mensen die met een depressie te maken krijgen, maken in een vroegtijdig stadium gebruik van preventieve mogelijkheden die binnen hun omgeving beschikbaar zijn. In het basisonderwijs is er o.a. aandacht voor pesten en de gevolgen daarvan, voor het overige worden er op dit moment geen preventieve activiteiten ondernomen.

Belangrijke doelstellingen op het terrein van depressie zijn: het vergroten van het gebruik van preventieve hulp, vroegsignalering en verlaging van de drempel van de hulpvraag, inzetten van preventieprogramma's, ontwikkelen van preventieprogramma's, waarin naast het voorkomen van depressies vooral aandacht wordt besteed aan een gezonde leefstijl. Op dit terrein is dus nog veel winst te behalen.

Trend en cijfers

Er zijn geen aanwijzingen dat het aantal mensen met een depressie de laatste tien jaar sterk toeneemt. Uitgaande van de demografische ontwikkelingen zal het absolute aantal nieuwe gevallen van depressieve stoornissen dat de huisarts diagnosticeert tussen 2005 en 2025 met 4% stijgen. De omvang van de huidige (vaak verborgen) problematiek zal dus vrijwel gelijk blijven.

Cijfers in Drimmelen

Via de 4-jaarlijkse gezondheidsenquêtes van de GGD West-Brabant kan niet worden vastgesteld hoeveel mensen in Drimmelen daadwerkelijk aan een depressie lijden. Wel wordt gemeten hoe mensen zelf hun psychische gezondheid ervaren.

Hieruit komen de volgende cijfers:

Tabel: slecht ervaren psychische gezondheid volgens schaal MHI-5

	Jeugd 12 t/m 17 jaar	Volwassenen 19 t/m 64 jaar	Ouderen 65-plus
Ervaren psychische gezondheid als slecht	10%	15%	22%

Bron: GGD West-Brabant, Breda 2007

Er bestaat niet één oorzaak van depressie. Aangenomen wordt dat het om een samenspel van factoren gaat van persoons- en omgevingsgebonden factoren en ingrijpende levensgebeurtenissen. Zo draagt een persoonsgebonden factor als 'verlies van regie over het eigen leven' door gezondheidsproblemen bij aan het ontstaan van angst en depressie bij ouderen.

Uit de ouderenenquête 2006 blijkt dat 21% van de ouderen in Drimmelen het gevoel heeft de regie over het eigen leven niet meer in de hand te hebben.

Daarnaast kan eenzaamheid een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie zijn. Zo komt depressie meer dan gemiddeld voor bij mensen (vooral mannen) die weinig sociale steun krijgen en zich eenzaam voelen, zoals alleenstaanden en gescheiden

mensen. Verder kunnen uiteenlopende traumatische of stressvolle gebeurtenissen, de kwetsbaarheid voor psychische stoornissen, waaronder depressie, verhogen.

Tabel: eenzaamheid in Drimmelen

	Volwassenen 19 t/m 64 jaar	Ouderen 65+
Matig tot (zeer) ernstig eenzaam	38%	48%

Bron: ouderenmonitor 2007 GGD West-Brabant, Breda 2007

Eenzaamheid komt onder inwoners van Drimmelen veel voor. Bijna een derde van de bevolking (19 t/m 64 jaar) voelt zich eenzaam.

Bijna de helft (48%) van de ouderen is matig tot (zeer) ernstig eenzaam, aldus de ouderenmonitor.

Hiermee is eenzaamheid een belangrijk probleem dat de kwaliteit van leven van ouderen aantast.

Volgens onderzoek zou 24% van alle jongeren een depressieve periode hebben meegemaakt voor ze achttien zijn. Dat zou betekenen dat een op elke vier tot vijf leerlingen op de basisschool en in het voortgezet onderwijs tot de risicogroep behoort.

Ook is bekend dat het doormaken van een depressie op jonge leeftijd de kans vergroot dat deze op oudere leeftijd (vaker) terugkomt. Een 'vroeg depressie' leidt daarnaast nogal eens tot problematisch drankgebruik verderop in het leven.

Factoren die het ontstaan van een depressie kunnen bevorderen zijn isolement en eenzaamheid, gebrek aan onderwijs, huisvesting en vervoer, pesten, sociale achterstand, ernstige ziekte, werkstress en werkloosheid.

Gemeentelijke ambitie

De gemeente wil voorkomen dat burgers een depressieve stoornis ontwikkelen en wil zorgen dat mensen met depressieve klachten eerder hulp zoeken. De gemeente wil dit doen door de kennis bij burgers te vergroten over depressie en te streven naar gedragsverandering (herkennen, onderzoeken en veranderen van negatieve gedachten).

Drimmelen wil samen met de preventiepartners een integrale aanpak ontwikkelen. (Partners zijn: GGZ, GGD, huisartsen, maatschappelijk werk, mantelzorg, vrijwilligersorganisaties, thuiszorg, bedrijfsarts, eerstelijns psycholoog, scholen sportverenigingen, verzorgingshuizen, welzijnswerk, culturele instellingen).

De integrale aanpak houdt in een combinatie van publieksvoorlichting, vroegsignalering en advisering, preventieve ondersteuningsprogramma's en omgevingsgerichte maatregelen gericht op :

- het verminderen van eenzaamheid en licht depressieve klachten
- het bevorderen dat mensen met depressieve klachten eerder hulp zoeken
- het bevorderen van samenhang en afstemming tussen organisaties en beroepsgroepen binnen de gemeente die zich bezighouden met de preventie van eenzaamheid en depressie en de zorg aan mensen met een depressie.

De gemeente zal samen met de preventiepartners een lokaal plan van aanpak opstellen, uitgewerkt naar activiteiten voor de verschillende leeftijdsgroepen: jongeren, volwassen en ouderen. Voorbeelden van activiteiten die hieraan bijdragen zijn: Voorlichting en advies, groepscursussen (grip op je dip en in de put - uit de put), vroegsignalering door huisartsen en

leerkrachten op school, integraal aanbod gezondheid op scholen, sociale vaardigheidstrainingen op scholen, aanbieden van preventieve activiteiten, die bewezen hebben effectief te zijn, ouderenadviseurs en vrijwilligers inzetten voor mensen, die tot de doelgroep behoren en/of eenzaam zijn.

3.5.4 Speerpunt terugdringen en voorkomen van roken

Inleiding

Tabakspreventie verdient een structurele plaats in gemeentelijk beleid. *Gezond leven* is immers een gedeelde verantwoordelijkheid. Weliswaar zijn individuele burgers daar in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor, maar in de Wcpv is vastgelegd dat gezondheid ook de gemeenten aangaat. Zij zijn namelijk verantwoordelijk voor de uitvoering van preventieve taken 'die niet direct voortkomen uit een hulpvraag van de burgers'. Het bijdragen aan gezondheidsbevorderende activiteiten, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting valt daar ook onder.

Het is aan de gemeentelijke en rijksoverheid om de samenleving zo in te richten dat mensen daadwerkelijk voor een goede gezondheid kunnen kiezen.

Op lokaal niveau zijn er mogelijkheden voor Tabakspreventie die nog onbenut zijn gebleven. Een op de eigen gemeente toegesneden beleid kan ondersteund en versterkt worden door landelijke interventies. Met het uitvoeren van een Tabaksontmoedigingsbeleid op nationaal én lokaal niveau, dat goed op elkaar afgestemd is, valt nog veel gezondheidswinst te behalen.

Trend en cijfers

In de huidige leefstijl van mensen vormen verschillende factoren een serieuze bedreiging voor de volksgezondheid. Roken neemt daarbij een cruciale plaats in: het is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en overlijden.

Kinderen zijn extra gevoelig voor de gevolgen van meerroken. Baby's en jonge kinderen die in een rokerige omgeving opgroeien beginnen in feite al op jonge leeftijd met roken. Dit kan de gezondheid van het kind nadelig beïnvloeden, in eerste instantie op korte termijn. Ook op lange termijn kan het meerroken met volwassenen aan jonge kinderen schade berokkenen. Ongewenst meerroken heeft ook schadelijke gevolgen voor volwassenen. Ook niet-rokers kunnen overlijden aan het inademen van hoge concentraties kankerverwekkende stoffen in tabaksrook. Bij een niet-roker neemt het risico op longkanker en hart- en vaatziekten toe. Wie wordt blootgesteld aan tabaksrook, heeft meer kans een aandoening aan de ademhalingswegen te krijgen. Gebleken is, dat er voor meerroken geen veilige ondergrens is.

Roken was in 2003 verantwoordelijk voor meer dan 20.000 sterfgevallen in Nederland. Bij mensen boven de twintig jaar kan ongeveer de helft van de totale sterfte aan longkanker, chronische obstructieve longziekte, coronaire hartziekten en beroerte aan roken worden toegeschreven.

In 2007 rookte 28% van alle volwassenen (15 jaar en ouder) in Nederland. Dat is 31% van de mannen en 25% van de vrouwen. Het percentage rokende volwassenen is beduidend lager bij 65-plussers. 22% van de jongeren (10 tot en met 19 jaar) rookt regelmatig.

In Drimmelen gedragen veel volwassenen zich ongezond. Een kwart van de volwassenen rookt dagelijks

Cijfers in Drimmelen

Tabel: roken

	Jeugd (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Rookt dagelijks sigaretten	9%	25%	-
Rookt	-	-	16%

Bron: GGD West-Brabant, Breda 2007

Gemeentelijke ambitie

Het centrale doel van het Nationaal Programma Tabaksontmoediging is: terugdringen van het percentage rokers van 25% in 2007 naar 20% in 2010. De gemeente wil de problematiek vanuit 3 invalshoeken aanpakken, t.w. ervoor zorgen dat jeugd niet gaat roken, dat rokers die willen stoppen ondersteund worden en dat meeroken wordt voorkomen. Over de keuze van de interventies zal overleg plaatshebben met betrokken sleutelinstanties.

De gemeente wil dit speerpunt vooral ook richten op de risicogroepen: jeugd en lage SES.

De gemeente wil voorkomen dat jongeren beginnen met roken. Activiteiten die hieraan kunnen bijdragen zijn: het geven van voorlichting, scholen en verenigingen ondersteunen in het maken van afspraken over niet roken in en om school en in sportkantines of het financieren van rookpreventieprojecten, zoals 'Rookvrije school' of 'Actie Tegengif'. Partijen die daarbij betrokken kunnen worden zijn: GGD, scholen, sportverenigingen en buurthuizen.

3.5.5 Speerpunt voorkomen van diabetes

Inleiding

Diabetes mellitus of wel suikerziekte is een ziekte die op termijn kan lijden tot diverse (ernstige) lichamelijke klachten en complicaties, een verhoogd risico op het ontstaan van hart- en vaatziekten, blindheid, verlies van kwaliteit van leven en een kortere levensverwachting.

Voor de gezondheid van de bevolking is het daarom in de eerste plaats van belang dat het ontstaan van deze ziekte wordt voorkomen door preventieve maatregelen.

In de tweede plaats is het belangrijk dat bij mensen bij wie de ziekte zich toch heeft ontwikkeld, deze in een vroeg stadium wordt opgespoord en behandeld bijvoorbeeld door de huisarts. En in de derde plaats dat het ontstaan van complicaties wordt voorkomen door goede voorlichting over de do's en dont's bij deze ziekte en geregelde controles.

Trend en cijfers

Het aantal patiënten met diabetes is sinds de tweede helft van de jaren negentig sterk gestegen; in 2003 waren het er 600.000. Elk jaar komen er landelijk zo'n 70.000 diabetespatiënten bij. Bovendien hebben naar schatting 250.000 mensen diabetes zonder dat ze het weten. Verwacht wordt dat het aantal diabetespatiënten nog verder toe zal nemen.

De voornaamste redenen voor deze stijging zijn (ernstig) overgewicht, te weinig beweging, roken en de vergrijzing van de bevolking. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen (vergrijzing) zal het absolute aantal personen met diabetes mellitus tussen 2005 en 2025 met

32,5% stijgen. Daarnaast is het waarschijnlijk dat het aantal patiënten met diabetes nog harder stijgt door de toename van het aantal mensen met overgewicht.

Daarnaast zorgt de toegenomen alertheid van huisartsen en de bevolking zelf op deze ziekte voor een toename in het aantal gediagnosticeerde diabetespatiënten. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat Drimmelen in positieve zin af zal wijken van deze trend.

Cijfers Drimmelen

Tabel: Mensen met diabetes mellitus in Drimmelen

	Jeugd (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Diabetes mellitus Vastgesteld door arts	0,4%	2%	15%
(Ernstig) overgewicht	7%	54%	66%

Bron: GGD West-Brabant, Breda 2007

Diabetes is één van de meest voorkomende chronische ziekten in West-Brabant. Onbekend is uiteraard hoeveel mensen er met ongediagnosticeerde diabetes rondlopen. Gezien de verwachte toename van het aantal 65-plussers in Drimmelen van 13,2 % nu naar 19,6% in 2015 en het groeiende aantal mensen met (ernstig) overgewicht, zal ook in Drimmelen het aantal mensen met diabetes de komende jaren stijgen.

Diabetes mellitus is van oorsprong een typische ouderdomsziekte die onder jeugdigen en jongvolwassenen onder de 40 jaar niet voorkwam. Ondanks het feit dat het aantal jongeren met suikerziekte absoluut gezien nog gering is, is het verontrustend dat deze “ouderdomsziekte” tegenwoordig ook bij jongeren voorkomt; voornamelijk jongeren met (ernstig) overgewicht. Het sterke vermoeden bestaat dat de gediagnosticeerde patiënten het topje van de ijsberg vormen, als we kijken naar het aantal jongeren met (ernstig) overgewicht.

Gemeentelijke ambitie

Het feit dat een aantal leefstijlfactoren die in Drimmelen als beleidsprioriteit zijn benoemd, de belangrijkste oorzaken vormen bij het ontstaan van diabetes, is een belangrijke aanleiding voor de gemeente om ook diabetes mellitus als aanvullende beleidsprioriteit op te nemen. De meeste aanknopingspunten voor het lokale gemeentelijke beleid rond diabetes zitten momenteel in de primaire preventie van diabetes: het voorkomen van diabetes door de risicofactoren van diabetes aan te pakken.

Waar relevant zal binnen de lokale beleidsprioriteiten overgewicht en roken dan ook extra aandacht worden besteed aan het bereiken van de risicogroepen voor diabetes waar relatief de meeste gezondheidswinst valt te behalen, te weten:

(Oudere) mensen met een lage sociaal economische status omdat deze groep in het algemeen ongezonder eet, minder beweegt en meer rookt dan gemiddeld in de bevolking.

In aansluiting op de grootschalige landelijke diabetescampagne zal de gemeente zich daarbij richten op het bevorderen van bewustwording van risicofactoren voor diabetes onder de bevolking en daarnaast dus het beïnvloeden van gedragskeuzes die het ontstaan van diabetes tot gevolg kunnen hebben, bijvoorbeeld onvoldoende bewegen, ongezond eten.

Verder wil de gemeente Drimmelen in overleg met preventiepartners en eerstelijnszorg bezien hoe zij in de toekomst meer regie kan gaan voeren op het bevorderen van afstemming,

samenhang en doorstroom tussen primaire preventie en tertiaire preventie rond mensen met een (verhoogd risico op) diabetes.

Ook de ziekte diabetes, die ook bij jongeren met overgewicht in toenemende mate voorkomt vraagt om preventieve activiteiten bij de uitvoering van beleid. Doel hierbij is om diabetes te voorkomen en in een vroegtijdig stadium op te sporen, ter voorkoming van complicaties. De gemeente wil dit doen door de kennis bij burgers over diabetes te vergroten en te werken aan bewustwording bij burgers van het risico op diabetes.

3.5.6 Aandacht voor Milieu en gezondheid

Inleiding

Naast bovengenoemde speerpunten vraagt ook het onderwerp milieu en gezondheid om aandacht bij de ontwikkeling van gemeentelijk beleid
In het buitenmilieu levert geluidsoverlast, veroorzaakt door verkeer de belangrijkste bijdrage aan de ziektelast.

Recente onderzoeken tonen aan dat het vooral in scholen slecht gesteld is het met het binnenmilieu (ventilatie) en dat daardoor onnodig veel gezondheidsklachten optreden. Om de situatie in Drimmelen te kennen hebben we het aanbod van BAM aanvaard om gratis metingen te laten verrichten naar het CO₂ gehalte in de leslokalen.

BAM is nog doende met dit onderzoek. Zodra de resultaten van de metingen bekend zijn is duidelijk of er aanvullende maatregelen nodig zijn.

In 2006 is in opdracht van de gemeente in Lage Zwaluwe een milieubelevingsonderzoek gehouden naar de relatie tussen milieufactoren en gezondheid. Met dit onderzoek sloot de gemeente aan bij een door de gemeente Moerdijk te houden belevingsonderzoek in de kernen van die gemeente. Uit dit onderzoek bleek o.a. dat ten aanzien van het binnenmilieu eenderde tot de helft van de woningen last heeft van vocht- en schimmelplekken. Ook worden de aanwezige ventilatievoorzieningen niet continu benut. Hier lopen bewoners uit de onderzochte dorpskernen een verhoogd risico op (verergering van) gezondheidsklachten zoals luchtwegklachten.

Van het buitenmilieu wordt vooral dagelijks het geluid van wegverkeer en het geluid van burens waargenomen. Geur wordt dagelijks van het wegverkeer waargenomen in alle dorpskernen. Verder wordt stof- en roetneerslag van wegverkeer en van industrie in alle kernen dagelijks waargenomen. Er zijn significante verschillen in waarneming van milieufactoren tussen de dorpskernen. Zowel gemeentebreed als in de kern Lage Zwaluwe wordt minder stof- en roetneerslag waargenomen dan in de andere kernen. Het treinverkeer leidt tot meer ernstige geluidhinder in vergelijking met landelijke cijfers. Daar waar stof- en roetneerslag wordt waargenomen levert het ernstige hinder op.

Het milieubelevingsonderzoek wordt in 2009 bij de volgende gezondheidsmonitor, in de gemeente Moerdijk, opnieuw uitgevoerd om trends te kunnen waarnemen. De gemeente Drimmelen kan hierbij opnieuw aansluiten, niet alleen voor de dorpskern Lage Zwaluwe maar voor alle dorpskernen in Drimmelen.

Verder is de gemeente verplicht om de drie jaar een luchtonderzoek uit te voeren. Volgend jaar wordt er een onderzoek uitgevoerd over dit jaar. Het meest recente onderzoek geeft aan dat er binnen de gemeente geen overschrijdingen zijn van de luchtnormen. Het is aan te bevelen om bij het volgende luchtonderzoek, dus in 2009, te bekijken hoe de gezondheidservaringen meegenomen kunnen worden.

Er treden duidelijke en vaak significante verschillen op in de mate van ernstige hinder. De dorpskernen Moerdijk-dorp en Klundert, die het dichtst bij het bovenregionale industrieterrein liggen, ervaren de hoogste percentages hinder. Lage Zwaluwe ervaart de laagsteprocentages hinder.

De inwoners uit de in de directe nabijheid van het industrieterrein Moerdijk liggende dorpskernen (Klundert, Moerdijk-dorp en in mindere mate Zevenbergen) maken zich over deze situatie erg ongerust. Deze bewoners ervaren hun gezondheid ten opzichte van inwoners van Willemstad en Lage Zwaluwe vaker als niet goed. Ook brengen deze bewoners hun gezondheidsklachten vaker in verband met milieuverontreiniging.

Trends en cijfers

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt tot op heden, dat er geen directe relatie kan worden gelegd met de gemelde gezondheidsklachten en een (te) hoge blootstelling aan milieuverontreinigingen. Anderzijds ervaren inwoners vooral de (grote) industrie en bedrijven en het weg- en treinverkeer als een gezondheidsbedreiging. Uit de analyses blijkt ook een verschil tussen de gemeente Moerdijk en de gemeente Drimmelen. Inwoners uit de gemeente Moerdijk, die dagelijks geluid, geur of stof- en roetneerslag waarnemen hebben vaker gezondheidsproblemen dan inwoners die deze milieufactoren niet waarnemen. In de gemeente Drimmelen uit alleen dagelijkse waarneming van geur zich meer in gerapporteerde gezondheidsproblemen dan mensen die dit niet dagelijks ruiken. De andere milieufactoren leiden in Drimmelen niet tot meer gezondheidsproblemen.

Tabel: ongezond binnenmilieu

	Sigaretten- of sigarenrook	Schimmel- en vochtplekken
Belangrijkste veroorzakers ongezond binnenmilieu	38% van de inwoners	23 % van de inwoners

Bron: GGD West-Brabant, Breda 2007

Conclusies en aanbevelingen

Uit de resultaten van het milieubelevingsonderzoek komen de volgende conclusies en aanbevelingen naar voren:

1. Risicocommunicatie gericht op kennisoverdracht met als doel: vermindering van ongerustheid, bijv.: item volksgezondheid op de gemeentelijke website waarbij inwoners informatie kunnen vinden over de relatie milieuverontreiniging en gezondheid. Ook kan de gemeenteraad besluiten om 1 x per jaar het agendapunt milieu en gezondheid in zijn vergadering te bespreken.
2. Clusteronderzoek: signalen van inwoners serieus nemen en de mogelijkheden voor het verifiëren van het signaal vast te leggen in een protocol.
3. Interventies:
 - aansluiting zoeken bij het opstarten van regulier overleg tussen huisartsen en gemeente en bevindingen milieuonderzoek bespreken. Huisartsen kunnen eventuele onrust onder de bevolking signaleren en wegnemen of in goede banen leiden.
 - blijvend aandacht schenken aan de kwaliteit van het binnenmilieu in openbare gebouwen (gemeentehuis, bibliotheek en sportaccommodaties), scholen en particuliere woningen. Goede voorlichting over ventilatie kan blijvende aandoeningen aan de luchtwegen en concentratiestoornissen bijv. bij kinderen op scholen voorkomen.
 - milieucommunicatie richten op ventilatie

- aandacht besteden op de gemeentelijke website
4. Milieu- en gezondheidsbeleid:
- de kwaliteit van de leefomgeving te verbeteren door het nastreven van een integrale benadering van milieu- en gezondheidsbeleid;
 - geluid en geur hinder terugkoppelen in vergunningenbeleid.
 - aandacht besteden op de gemeentelijke website.

Gemeentelijke ambitie

De gemeente wil de komende jaren milieu en gezondheid nadrukkelijker in onderlinge samenhang te bezien en op de agenda te zetten. Verder zou overwogen kunnen worden om het milieuonderzoek in 2009 en volgende jaren ook uit te voeren, niet alleen voor de dorpskern Lage Zwaluwe, maar voor meer/alle dorpskernen in Drimmelen om daardoor trends en ontwikkelingen te kunnen waarnemen voor gemeentelijk beleid.

Gezondheidszorgvoorzieningen

In de komende jaren wil de gemeente niet alleen inzetten op speerpunten maar ook op gezondheidsvoorzieningen.

De verantwoordelijkheid van de gemeente ligt ook op het gebied van de curatieve zorg en de care, mede door de komst van de Wmo. De gemeente heeft ook de verantwoordelijkheid tussen de collectieve preventie en de curatieve zorg.

Door het leggen van een relatie te leggen tussen de beleidsnota Wmo en de WCPV ontstaan er kansen voor een integrale aanpak van preventie en maatschappelijke ondersteuning. Bij de ontwikkeling van een beleid moet o.a. aandacht worden besteed aan:

- Mantelzorg ondersteuning; vergrijzing en ontgroening leiden in Drimmelen tot een scheve verhouding tussen jongere en oudere leeftijdsgroepen. Dat heeft zijn weerslag op de mantelzorg. In het kader van de Wmo is de gemeente verantwoordelijk voor het bevorderen van de mantelzorg en het zorgdragen voor mantelzorgondersteuning. In Drimmelen loopt de mantelzorgondersteuning via het Wmo-loket. De grote toename van de groep "jonge"ouderen (65 t/m 74 jaar) kan ook betekenen dat er een grotere groep mensen is die een bijdrage zou kunnen leveren aan vrijwilligerswerk en mantelzorg.
- Kwetsbare burgers: de gemeente zal in het kader van haar vangnetfunctie meer inzicht moeten krijgen in de omvang en de gezondheidssituatie van kwetsbare burgers. Hieronder vallen o.a. dak- en thuislozen, verslaafden, (ex-) psychiatrische patiënten, vereenzaamden en woning vervuilers. Zie verder hoofdstuk 6. OGGZ.
- Aansluiting zoeken bij bestaande zorgketens, bijv. bij de preventie van diabetes. De preventie van diabetes is door het Ministerie van VWS in de nota: "Kiezen voor gezond leven" als landelijk speerpunt benoemd. Deze ziekte veroorzaakt veel ziektelast en zal in de toekomst sterk toenemen. Ook in Drimmelen zou preventie rondom deze ziekte daarom als speerpunt voor beleid benoemd moeten worden. Bij diabetes o.a. de thuiszorg en de huisarts. Een ketenaanpak kan leiden tot meer effectiviteit.
- De gemeente Drimmelen zou vooral aandacht moeten hebben voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg en de relatie tussen curatie en preventie. Verder zou de gemeente nu al kunnen anticiperen op het dreigende huisartsentekort. Hoewel de gemeentelijke invloed op het terrein van beschikbaarheid van voorzieningen vaak beperkt is, kunnen wel initiatieven genomen worden op het terrein van huisvestingsbeleid en dergelijke. Vanuit de beleidsgroep Wmo/ouderenproof wordt de suggestie gedaan om

- bij het dreigende huisartsentekort geriatrische deskundigheid te incorporeren in de huisartsenpraktijken. Het voorstel is om dit idee met de Huisartsengroep te bespreken.
- Huiselijk geweld is de meest voorkomende geweldsvorm in onze samenleving. Uit de praktijk blijkt, dat huiselijk geweld een grote invloed heeft op zowel slachtoffer, directe omgeving als samenleving. De gevolgen van huiselijk geweld zijn vaak langdurig en divers. In april 2007 heeft er een tussenevaluatie plaatsgevonden van het Advies- en Steunpunt huiselijk geweld, periode 1 mei 2005 tot en met 31 december 2006. In het evaluatieverslag worden enkele aanbevelingen gedaan m.b.t. de activiteiten, de aansturing en de samenwerking. Ook zijn er voorlichtingsacties ondernomen naar scholen en huisartsengroepen. Uit de evaluatie bleek, dat een waarnemingspool ingeval van ziekte of vakantie niet haalbaar was. In verband hiermee heeft de stuurgroep besloten om de formatie met 4 uur per week uit te breiden (van 20 tot 24 uur per week). Afgelopen jaar heeft Drimmelen door middel van een informatiepanel extra aandacht gevraagd voor de problematiek. In de aanbevelingen wordt de gemeenten blijvend aandacht gevraagd voor de aanpak van huiselijk geweld en het initiatief te nemen in de voorbereidingen voor de uitvoering van de nieuwe wet huisverbod bij huiselijk geweld. Voorzover nu bekend, treedt de wet op z'n vroegst op 1 januari 2009 in werking.

De jeugdgezondheidszorg ziet de gemeente als spil in het brede gemeentelijk jeugdbeleid en dicht haar dus een belangrijke rol toe. De komende vier jaar dient de jeugdgezondheidszorg zich specifiek te richten op versterking van functie informatie en advies, versterking van de signaleringsfunctie, integraliteit (binnen de JGZ maar ook met andere partners) en op ontwikkeling van een Centrum voor Jeugd en Gezin. Ouders moeten voor alle vragen over opvoeden en opgroeien en voor hulp terecht kunnen bij een laagdrempelig en herkenbaar punt in de buurt, het Centrum voor Jeugd en Gezin. De Centra zijn bedoeld voor kinderen en jongeren en ouders van kinderen van min 9 maanden tot 23 jaar.

De regionaal voor de gemeenten is verankerd in de Wet op de Jeugdzorg. De gemeente Drimmelen dient ervoor zorg te dragen dat er op 1 januari 2009 sprake is van integrale jeugdgezondheidszorg.

Ook dient de gemeente het mogelijk te maken dat het Elektronisch Kinddossier tijdig kan worden ingevoerd. De uitvoering van de JGZ in de Regio West-Brabant is in handen gelegd van de drie Thuiszorginstellingen en de GGD.

Doel van de regionale samenwerking is om het presteren van de JGZ in de ketenzorg en 'wraparound' zorg in het lokale jeugdbeleid te verbeteren. Dit moet ertoe leiden, dat de preventie wordt versterkt, risico's en problemen bij kinderen eerder en beter worden gesignaleerd en steeds tijdig de juiste interventies en zorg wordt geboden. Hiertoe hebben genoemde instellingen een samenwerkingsconvenant JGZ Regio West-Brabant 2007 – 2010 opgesteld. In het convenant zijn intenties neergelegd die in de periode 2007 t/m 2010 concreet uitgewerkt zullen worden in een aantal activiteiten. Belangrijke activiteiten zijn: een gezamenlijke visie op JGZ als onderdeel van de zorgketen en als onderdeel van het lokale jeugdbeleid; eenheid van taal; gezamenlijke invoering van het EKD en functioneel maken voor het lokale jeugdbeleid gezamenlijke evaluatie en effectmeting van de ondersteuning en hulverlening aan ouders en kinderen met behulp van het EKD.

In deze nota wordt niet verder ingegaan op de invoering van het Centrum voor Jeugd en Gezin, omdat dit onderdeel uitmaakt van het beleidsveld jeugd. Voor dit beleidsveld is begin dit jaar een nieuwe nota vastgesteld.

Gezondheidsbevordering is bij uitstek het onderwerp waarop lokaal beleid gevoerd kan worden.

3.5.8 Uitwerking beleidsvoornemens en speerpunten

Bovengenoemde beleidsvoornemens en speerpunten moeten worden uitgewerkt in concrete doelstellingen voor de komende vier jaar. Per beleidsvoornemen/speerpunt worden partijen uitgenodigd om te komen tot een uitvoeringsprogramma. In bijlage 6 is op hoofdlijnen een uitvoeringsprogramma van de beleidsvoornemens opgenomen.

Hoofdstuk 4 Openbare Geestelijke GezondheidsZorg (OGGZ)

4.1 Inleiding

Vanaf 1 januari 2007 is de OGGZ, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp, van de Wcpv naar de Wmo overgeheveld. Reden voor deze overheveling is de sterke samenhang tussen de OGGZ, Maatschappelijke Opvang en ambulante verslavingszorg, die ook deel uit maken van de Wmo.

Kwetsbare mensen kunnen afglijden in de maatschappij en zo in de maatschappelijke opvang en/of verslavingszorg terechtkomen.

Gemeenten hebben de taak om enerzijds dit met preventie te voorkomen en anderzijds het herstel van mensen te bevorderen. Dit behoort tot de OGGZ. De voorzieningen van de maatschappelijke opvang bieden zorg voor mensen die dit nodig hebben.

In het voorjaar van 2007 heeft de staatssecretaris de centrumgemeenten opdracht gegeven om te komen tot een Stedelijk Kompas. Een Stedelijk Kompas is een geïntensiverde aanpak op het terrein van Maatschappelijke Opvang, OGGZ en Verslavingszorg. Centraal in de Kompassen staat de individuele aanpak en de 100% sluitende samenwerking tussen zorgaanbieders en instellingen, die op het beleidsterrein actief zijn.

Op 20 maart 2007 is het Stedelijk Kompas door Centrumgemeente Breda vastgesteld.

Vrouwenopvang is hierin niet opgenomen, omdat het ministerie en de Federatie Opvang een verbeterplan vrouwenopvang in voorbereiding hebben. Daarnaast gaat naar verwachting per 1 april of 1 juli 2008 de wet op het huisverbod van kracht en heeft de staatssecretaris extra financiële middelen in het vooruitzicht gesteld. Breda is dan ook voornemens om op het terrein van vrouwenopvang en huiselijk geweld een apart traject te starten, waarbij een sluitende keten en verbetering van de opvang centraal staat.

Tijdens het bestuurlijk overleg van 20 oktober 2007 waarbij het Stedelijk Kompas centraal stond is uitgebreid gesproken over de verantwoordelijkheden van de centrum en regiogemeenten op de beleidsterreinen van de Wmo. Tijdens dit overleg is unaniem besloten om te komen tot een convenant, waarin samenwerkingsafspraken op de beleidsterreinen op de onderhavige beleidsterreinen zijn opgenomen.

4.2 Definitie OGGZ

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) omvat alle activiteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, die op basis van een niet vrijwillige individuele hulpvraag worden uitgevoerd. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid onderscheidt drie niveaus waarop het OGGZ-werk plaatsvindt, te weten:

- Directe hulpverlening voor het individu, dat wil zeggen permanent beschikbare Hulpverlening;
- Zorg voor risicogroepen, dat wil zeggen zorg en preventie voor mensen met een verhoogd risico;
- Collectieve GGZ, dat wil zeggen preventie, gezondheidsbevorderende en -beschermende activiteiten, gericht op niet nader omschreven groepen.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor (het organiseren van) de coördinatie van OGGZ-activiteiten op lokaal niveau. Zij zijn verantwoordelijk voor de regie in de OGGZ en de beschikbaarheid van een OGGZ basisaanbod.

4.3 Taken gemeente(n)

Binnen het taakveld OGGZ vervult de gemeente Breda de rol van centrum gemeente. In het kader van deze rol draagt Breda zorg voor:

- het formuleren van (regionale) beleidsvisie op de omvang en het karakter van de inspanningen van de verschillende participanten aangaande de functies (preventie, opvang, handhaving en herstel),
- zorg draagt voor een adequaat, gedifferentieerd voorzieningenniveau en
- zorg draagt dat de aanpalende sectoren worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid, al dan niet door middel van vastgelegde inspanningsverplichtingen;
- het stimuleren van het kwaliteitsbeleid in de opvangvoorzieningen en toezicht houden op de kwaliteit.

De regio gemeenten, w.o. Drimmelen hebben de regierol binnen het lokaal OGGZ-beleid; deze regierol op lokaalniveau houdt in:

- het faciliteren en versterken van lokale zorgnetwerken;
- het toezien op de uitvoering van trajectcoördinatie;
- het mogelijk maken van de huisvesting en nazorg voor maatschappelijke herstelcliënten die willen en kunnen wonen in de gemeente Drimmelen (wonen welzijn en zorg).

Bovenstaande taakverdeling houdt in, dat centrumgemeente en de regiogemeenten met elkaar moeten samenwerken om de OGGZ en maatschappelijke opvang op elkaar af te stemmen. Om er aan bij te dragen dat burgers met een psychiatrische problematiek kunnen deelnemen aan de samenleving is GGZ regio Breda in 2002 gestart met het ontwikkelen van Maatschappelijke steunsystemen. Een MASS wordt wel omschreven als een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen waarvan cliënten zelf deel uitmaken en dat hen op vele manieren ondersteunt in hun pogingen om in de samenleving te participeren. Per januari 2008 is in de gemeente gestart met het vormgeven van een MASS casuïstiekoverleg. Hiervoor is het bestaande netwerk overlast zorg omgevormd tot een casuïstiek overleg. Doel is het signaleren van complexe problematiek en het voorzien in adequate hulpverlening. In de lokale overleggen MASS werken de volgende organisaties samen: GGD West-Brabant, Novadic-Kentron, Thuiszorg, Gemeente, Woningcorporatie, Verstandelijk gehandicapten sector, Maatschappelijk Werk, Politie, Welzijn Ouderen en GGZ, regio Breda. Per casus wordt een verantwoordelijke instelling en zorgverlener aangewezen. Casussen kunnen worden gemeld via meldpunt GGD en MASS (GGZ regio Breda, voorzitter MASS overleg).

4.4 Doelgroepen OGGZ, maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid

Het Stedelijk Kompas en daarmee het beleid voor de maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingsbeleid richt zich op de zogenoemde OGGZ groep. Volgens de landelijke definitie bestaat deze groep uit drie subgroepen, te weten:

- dak- en thuislozen;
- residentiele dak- en thuislozen;
- Verkommerden en verloederden.

De eerste subgroep zijn de dak- en thuislozen, de tweede subgroep betreft dak- en thuislozen die in een woonvorm zijn opgenomen maar ook in de crisisopvang. De derde subgroep betreft mensen die nog wel zelfstandig wonen maar dreigen dakloos te worden door alle problemen waarin ze terecht zijn gekomen. In het Stedelijk Kompas wordt niet gesproken over verkommerden en verloederden maar over OGGZ-restgroep. De doelgroep is in alle gemeenten

aanwezig. Wanneer mensen dakloos worden en niet in de eigen gemeente opgevangen kunnen worden ligt het voor de hand dat zij worden verwezen naar de Maatschappelijke Opvang in de regio.

De verantwoordelijkheden van de centrumgemeente en de regiogemeenten kunnen het beste worden omschreven aan de hand van de keten die in de OGGZ gehanteerd wordt. Het betreft hier de keten van preventie, opvang en herstel. Zie onderstaande tabel:

Centrumgemeente	Regiogemeenten
Preventie	Preventie
Opvang	
Nazorg	Nazorg

De opvang is een verantwoordelijkheid van de centrumgemeente. De andere twee onderdelen van de keten zijn ook de verantwoordelijkheid van de regiogemeenten.

Omvang doelgroep

Om de potentiële grootte van de doelgroep te bepalen, wordt er uitgegaan van de schattingsmethode die door Judith Wolf is ontwikkeld. Handreiking OGGZ in de Wmo, november 2006. Zij stelt dat 0,7% van de bevolking aangemerkt kan worden als OGGZ cliënten. Uitgaande van dit percentage zou dat voor Drimmelen betekenen dat de OGGZ doelgroep bestaat uit 186 cliënten.

Genoemd percentage komt niet altijd overeen met de werkelijkheid omdat de OGGZ doelgroep ook bestaat uit zogenaamde zorgmijders. Mensen uit deze doelgroep hebben of een slechte ervaring met de zorgverlening of weten de zorgverlening niet te vinden.

In het kader van bemoeizorgprojecten komt de doelgroep steeds beter in beeld. In de regiogemeenten gaat het voornamelijk om de zogenoemde restgroep OGGZ.

4.5 OGGZ aanpak en activiteiten

De gemeente Breda heeft de verantwoordelijkheid voor een grotere doelgroep en ontvangt daarvoor ook de financiële middelen van het Rijk. De regiogemeenten hebben de verantwoordelijkheid voor een kleinere doelgroep die valt onder de Wmo. Het Stedelijk Kompas is in samenspraak met alle betrokkenen, waaronder de regiogemeenten tot stand gekomen. In het Kompas geeft de gemeente Breda de richting aan voor de aanpak op de beleidsterreinen maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingszorg. De regio gemeenten hebben hun beleid ten aanzien van de doelgroep vastgelegd o.a. in het Wmo beleid.

In een convenant willen regiogemeenten en centrum gemeente hun beider verantwoordelijkheden vastleggen en de gekozen beleidsrichtingen op elkaar afstemmen. Ter uitvoering van het Stedelijk Kompas wil de gemeente Breda met de regio gemeenten komen tot afstemming van beleid op de beleidsvelden maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingszorg. Deze afstemming is vastgelegd in een convenant, dat op 23 juni 2008 is ondertekend door Breda en de regiogemeenten.

4.6 Lokale invulling

Uit bovenstaande taakverdeling kan worden opgemaakt, dat de regio gemeenten na het aangaan van het convenant nog een aantal taken hebben te gaan. Hierbij gaat het o.a. om een laagdrempelige inloopvoorziening, om toeleiding naar zorg als het gaat om lichtere problematiek, een faciliterende rol als het gaat om voorzieningen van beschermd wonen/

langdurig verblijf, een aanbod voor groepswonen en begeleid zelfstandig wonen, ambulante woonbegeleiding om dreigende dakloosheid te voorkomen. Preventieve woonbegeleiding is een kortdurende en intensieve begeleiding gericht op het voorkomen van een uitzettingsprocedure, het herscheppen van de orde in de woonsituatie van de cliënt en het schapen van evenwicht. Preventieve woonbegeleiding wordt meestal door de woningcorporatie aangevraagd en is voor de cliënt de laatste mogelijkheid (voorwaardelijke hulpverlening) om uitzetting te voorkomen. Deze voorzieningen spelen een belangrijke rol binnen de OGGZ en houden direct verband met de prestatievelden 7,8 en 9 van de Wmo.

Op basis van vorenstaande kunnen we de volgende beleidsvoornemens voor Drimmelen noemen:

1. het in beeld brengen van de doelgroepen en problemen;
2. het versterken van het MASS (lokale zorgnetwerk) waarbij gestreefd wordt om elke inwoner die in een ernstige probleemsituatie raakt tijdig te signaleren en te ondersteunen;
3. een aanbod voor begeleid zelfstandig wonen en ambulante intensieve woonbegeleiding;
4. het toezien op de aansluiting tussen bovenlokale en lokale voorzieningen.

Hoofdstuk 5 AED

5.1 Inleiding

Meer dan 10.000 mensen worden jaarlijks in Nederland buiten het ziekenhuis getroffen door een hartstilstand. In ongeveer 80% van de gevallen gebeurt dat thuis en 20% op straat, in het openbaar vervoer, op het werk of op het sportveld.

De kans dat de hartstilstand ventrikelfibrilleren veroorzaakt is hierbij zeer groot. Fibrilleren is het snel en chaotisch trillen van het hart waardoor het geen bloed meer kan rondpompen.

Met een AED (Automatisch Externe Defibrillator) kan het fibrilleren van het hart door een stroomstoot worden gestopt en is terugkeer naar een regelmatig hartritme weer mogelijk.

Wanneer defibrilleren (in combinatie met reanimatie) uitblijft neemt de overlevingskans van het slachtoffer met ca. 10 % per minuut af. Hoewel de ambulancezorg in Nederland goed geregeld is, duurt het in sommige gevallen langer dan 10 minuten voordat een ambulance arriveert.

De overlevingskans is dan al zeer gering.

Om dergelijke situaties te vermijden biedt de AED een eenvoudige en zeer doeltreffende oplossing. Met een AED kunnen omstanders beginnen met defibrilleren, nog voordat de ambulance is gearriveerd.

Het is daarom belangrijk dat de AED overal beschikbaar is en dat iedereen kan reanimeren en defibrilleren. Het gebruik van de AED wordt zowel internationaal als nationaal sterk bevorderd.

5.2 Rol en taak gemeente

De gemeente heeft een taak in het kader van de openbare gezondheidszorg. De insteek hierbij is vooral van preventieve aard en niet zozeer in het bestrijden van symptomen van ziekten. De gemeente Drimmelen wil graag een hartveilige gemeente zijn.

De gemeente kan een centrale rol spelen om de AED binnen de gemeenschap te introduceren en mensen stimuleren een opleiding te volgen tot AED-bediener.

Het is mede aan de gemeente om te bepalen waar zich de risicovolle locaties bevinden en aan welke criteria gedacht moet worden bij het plaatsen van een AED.

Ook heeft de gemeente de mogelijkheid om in haar contacten met bedrijven en organisaties een AED netwerk bepleiten.

5.3 Risicovolle personen en situaties

Een hartstilstand komt altijd onverwacht. Het kan iedereen op elk moment overkomen, ongeacht de leeftijd. Sommige mensen lopen een verhoogd risico, zoals mannen ouder dan 40 jaar, vrouwen na de overgang, personen met hoge bloeddruk, cholesterol, weinig lichaamsbeweging, diabetes, hartklachten. Vaak hebben mensen met een verhoogd risico op hartklachten zelf al een AED aangeschaft. Door op deze locaties een AED te plaatsen, wordt de overlevingskans van een slachtoffer vergroot. Dergelijke locaties zijn: industriegebied, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, artspraktijken, winkelcentra en sportaccommodaties.

5.4 Voorwaarden AED locaties

Bij het plaatsen van een AED op een openbare locatie kan men o.a. denken aan:

- de locatie moet goed bereikbaar zijn
- de locatie moet zoveel mogelijk (semi) openbaar zijn
- de locatie dient beveiligd te zijn of onder toezicht te staan
- de spreiding van de locaties moet voldoende zijn.

Daarnaast is het gewenst c.q. noodzakelijk dat op de locatie een gediplomeerde EHBO-er of BHV-er in de buurt is en dat in de nabije omgeving voldoende mensen opgeleid zijn tot AED-bediener.

5.5 Naar een AED netwerk in Drimmelen

In het najaar van 2006 heeft de gemeente een bijeenkomst belegd met plaatselijke EHBO-verenigingen en Stichting Reanimatie om draagvlak te creëren voor een dekkend netwerk. Dit heeft ertoe geleid dat er een projectgroep is ingesteld. Met als doel het opzetten van een dekkend netwerk in de gemeente. In de projectgroep hebben zitting vertegenwoordigers van EHBO-verenigingen, Stichting Reanimatie en AED Onderwijs Drimmelen, GHOR en de gemeente. In juli 2007 heeft de projectgroep een AED journaal uitgegeven (huis aan huis verspreid) waarin doel, werkwijze, samenstelling van de projectgroep uiteen zijn gezet en waarin een oproep werd gedaan op het werk van de projectgroep te ondersteunen.

In januari 2008 is een 160 tal brieven verstuurd aan bedrijven en instellingen met het verzoek om medewerking te verlenen, hetzij financieel hetzij middels een (gezamenlijke) aanschaf van een AED in de omgeving.

Naar aanleiding van een verzoek van de projectgroep heeft de gemeenteraad op 20 september 2007 een bedrag van € 15.000 beschikbaar gesteld om te voorzien in witte vlekken.

Op dit moment zijn er 30 apparaten, verdeeld over de verschillende kernen in de gemeente beschikbaar. Bij dit aantal gaat het overwegend om AED's van particulieren, instellingen en bedrijven. Ook deze zullen bij het netwerk worden betrokken.

De toegankelijkheid van de apparaten is niet overal even optimaal. M.n. wanneer AEDs alleen gedurende kantoor tijden beschikbaar zijn. De werkgroep heeft op zich genomen om te proberen de bereikbaarheid te vergroten.

Hoofdstuk 6 Beleidsvoornemens

6.1 Inleiding

De gemeente Drimmelen wil de gezondheid van haar inwoners bewaken en bevorderen. De definitie van gezondheid is breed gekozen met als gevolg dat het veld waarmee de beleidsvoornemens moeten worden gerealiseerd breed van opzet is. Dientengevolge zullen ook keuzes gemaakt moeten worden. Uiteraard zullen landelijke en lokale ontwikkelingen gevolgd worden en waar nodig zullen nieuwe prioriteiten worden gesteld. Voor de komende vier jaar zijn de volgende beleidsvoornemens geformuleerd:

6.2 Regie

In de Wcpv ligt een taak voor de gemeente als regisseur. De komende vier jaar wil de gemeente Drimmelen een betere invulling geven aan deze taak. Organisaties in het veld mogen duidelijkheid verwachten van de gemeente als regisseur.

6.3 Integraal beleid

Als rode draad door de nota loopt het beleidsvoornemen van integraal beleid. Er valt veel winst te halen door het voeren van integraal beleid. Bij belangrijke bestuurlijke beslissingen dient ook het aspect van gezondheid te worden meegewogen. Het beleidsvoornemen van integraal beleid dient zich niet alleen te focussen op de interne organisatie. In het kader van de regie rol van gemeenten ziet de gemeente Drimmelen het bevorderen van integraliteit tussen de(keten)partners binnen gezondheidsland ook als één van haar beleidsvoornemens.

6.4 Gezondheidsbevordering/leefstijl

Het vaststellen van een nieuw basistakenpakket voor de periode 2009 – 2012. Gezondheidsbevordering is bij uitstek het onderwerp waarop lokaal beleid gevoerd kan worden. In dit kader stelt de gemeente op basis van gezondheidssituatie de volgende speerpunten vast voor de komende vier jaar:

1. terugdringen en voorkomen schadelijk alcohol gebruik
2. terugdringen en voorkomen van overgewicht
3. voorkomen van depressie
4. terugdringen en voorkomen van roken
5. voorkomen van diabetes
6. milieu en gezondheid

6.5 Gezondheidsvoorzieningen/jeugdgezondheidszorg

Het bevorderen van onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en(zorg)voorzieningen is een wettelijke taak uit de Wcpv. De gemeente Drimmelen is van mening dat er een laagdrempelig aanbod van (zorg)voorzieningen binnen de gemeente voorhanden moet zijn. De aanwezige voorzieningen moeten behouden blijven en waar hiaten zijn dient de gemeente een stimulerende en initiërende rol op haar te nemen. Waar mogelijk dient bundeling van disciplines plaats te vinden.

De gemeente Drimmelen ziet de jeugdgezondheidszorg als spil in het brede gemeentelijk jeugdbeleid en dicht haar dus een belangrijke rol toe. Met als doel het realiseren van een integrale jeugdgezondheidszorg. De komende vier jaar dient de jeugdgezondheidszorg zich

specifiek te richten op versterking van de preventieve taken informatie en advies, het signaleren van problemen, toegang tot het hulpaanbod, licht pedagogische hulp en coördinatie van zorg. En wel in relatie met het op te richten Centrum voor Jeugd en Gezin zoals beschreven in de nota Jeugd.

6.6 OGGZ

Het OGGZ-beleid binnen de gemeente Drimmelen dient versterkt te worden. De gemeente Drimmelen dient de regierol die zij heeft in te vullen daarbij niet alleen gericht op de lokale structuren maar ook richting bovenlokale structuren (aansluiting lokaal-bovenlokaal). Binnen de gemeentelijke organisatie dient meer afstemming te komen om de factoren die bijdragen aan uitval en uitsluiting van mensen te beperken en de beschermende factoren te versterken. De doelgroep moet in beeld worden gebracht en ook de specifieke problemen die binnen onze gemeente spelen.

6.7 AED

Het uitgestrekte landelijke karakter van de gemeente Drimmelen heeft natuurlijk zijn voordelen maar voor wat betreft de bereikbaarheid de nodige nadelen. In het kader van haar algemene zorgplicht en de bewezen effecten van een AED streeft de gemeente Drimmelen naar een netwerk van AED's waarmee een zo optimaal mogelijke dekking wordt bereikt in alle zes kernen. Een en ander dient in samenspraak met de plaatselijke EHBO-verenigingen en de Stichting Reanimatie te gebeuren.

6.8 Van voornemens naar uitwerking

Bovengenoemde beleidsvoornemens moeten worden uitgewerkt in concrete doelstellingen voor de komende vier jaar. Per beleidsvoornemen/speerpunt worden partijen uitgenodigd om te komen tot een uitvoeringsprogramma. In bijlage 6 is op hoofdlijnen een uitvoeringsprogramma van de beleidsvoornemens opgenomen.

Hoofdstuk 7 Financiële middelen

In de gemeentebegroting zijn de beschikbare middelen voor gezondheidsbeleid opgenomen onder het subproduct openbare gezondheidszorg. Onder dit subproduct vallen alle voorzieningen en activiteiten die de gemeente op het gebied van volksgezondheid onderneemt, dus ook de gemeenschappelijke regelingen en de kleine subsidies. Met betrekking tot de gemeenschappelijke regeling gaat het om de GGD West-Brabant, de Regionale Ambulancevoorziening (RAV). De Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) en de Gemeenschappelijke Meldkamer zijn ondergebracht bij de Gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio. Aangezien deze voorzieningen en activiteiten ook gerekend kunnen worden tot openbare gezondheidszorg zijn ze in onderstaand overzicht opgenomen. Over de hoogte van de financiële bijdrage neemt de gemeenteraad jaarlijks een beslissing in de begrotingsvergadering.

In de meerjarenraming is een overzicht opgenomen van de kosten openbare gezondheidszorg en veiligheidsregio in de komende jaren. Rekening is gehouden met een jaarlijkse indexering. De grootste kostenpost heeft betrekking op de GGD voor de uitvoering van het basis takenpakket.

De uit het basispakket en het maatwerk pakket voortvloeiende taken worden zoveel mogelijk gericht op de speerpunten van gemeentelijk beleid. De RAV/GMK zorgen ervoor dat er in Drimmelen ambulance zorg beschikbaar is.

Het kostenoverzicht voor de komende jaren is als volgt:

Omschrijving	Budget 2008	Budget 2009	Budget 2010	Budget 2011
Basispakket GGD	421.000	433.353	455.021	477.772
Maatwerk GGD	7.815	7.815	7.815	7.815
RAV	61.561	64.094	65.683	67.279
GHOR	28.619	35.374	36.623	37.918
Totaal	518.995	540.636	565.142	590.784

Eveneens neemt de gemeenteraad jaarlijks tijdens de begrotingsbehandeling een beslissing over uitgaven op het gebied van volksgezondheid, die niet via gemeenschappelijke regelingen lopen.

Hieronder wordt een overzicht gegeven

Omschrijving	Budget 2008	Budget 2009	Budget 2010	Budget 2011
BDU-JGZ*	323.109	288.912	288.912	288.912
Maatwerk JGZ	23.500	24.440	25.418	26.434
EKD	54.604	48.007	48.007	48.007
JGZ in jeugdbeleid				
Invulling lokaal beleid**	0	0	0	0
Reguliere subsidies	7.500	7.500	7.500	7.500
Totaal	408.713	368.859	369.837	370.853

* Exclusief middelen prenatale zorg vanaf 2009

** Op 7 oktober 2008 heeft het college besloten, dat de nota vgz in het licht van de financiële situatie van de gemeente in versoepelde vorm dient te worden uitgevoerd.

Toelichting op de budgetten:

- Het budget BDU-JGZ is een doeluitkering van het rijk; het betreft de Brede doeluitkering JGZ, die is bedoeld voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Hieruit worden alle verplichte taken gefinancierd voor de kinderen van 0 tot 4 jaar. Thuiszorg Thebe/Mark en Maasmond voert deze taken uit. Deze middelen worden vanaf 2009 aangevuld met middelen prenatale zorg die op dit moment nog via AWBZ worden toegekend.
- Het Maatwerk JGZ is aanvullend op het uniforme basistakenpakket; ten aanzien van dit budget heeft de gemeente beleidsruimte, met als voorwaarde, dat het bedoeld is voor risicovolle situaties (opvoedproblemen, overgewicht). De inzet van dit budget is ook voor de kinderen van 0 t/m 4 jaar.
- JGZ preventief jeugdbeleid is een budget (€ 50 per nieuw geboren kind) dat naar aanleiding van de motie Verhagen bestemd is voor activiteiten die bewezen effectief zijn gericht op risicovolle opvoedsituaties.
- Invulling lokaal beleid; bedoeld om daar in te zetten waar aanvullend op bestaande activiteiten/speerpunten witte vlekken zijn. Ondanks het ambtelijk voorstel om middels de Kadernota 2009 een bedrag van € 25.000 per planjaar voor de uitvoering van de speerpunten beschikbaar te stellen heeft het college daartoe niet besloten. Het college is van mening, dat de nota in het licht van de financiële situatie van de gemeente in versoepelde vorm dient te worden uitgevoerd. Dit betekent dat de uitwerking van de nota wat de gemeente betreft dient plaats te vinden binnen bestaande budgetten en mogelijkheden. Met het opstellen van het uitvoeringsplan per speerpunt zal derhalve rekening gehouden moeten worden met een versoepelde uitvoering door de gemeente.
- Reguliere subsidies zijn de jaarlijkse subsidies aan EHBO-verenigingen en organisaties voor belangenbehartiging.

Hoofdstuk 8 Evaluatie

De 1^e nota volksgezondheid bevatte weinig waarborgen voor daadwerkelijke uitvoering van de actiepunten. Om de uitvoering van een nota te kunnen evalueren zijn gegevens nodig over actiepunten met een concrete doelstelling, verantwoordelijken, tijdspad, planning, financiën, evaluatiecriteria.

Op grond van deze nota evenals het uitvoeringsplan op hoofdlijnen zijn naar onze mening betere waarborgen geschapen om de uitvoering van actiepunten te evalueren.

Bij een evaluatie gaat het erom dat zaken die niet goed zijn gegaan worden verbeterd. Op die manier levert een evaluatie bouwstenen op voor verbetering van bestaand beleid. Aangezien de 2^e nota volksgezondheid opnieuw voor een periode van 4 jaar wordt vastgesteld lijkt het ons raadzaam om na 2 jaar een tussentijdse evaluatie te houden. Deze tussentijdse evaluatie kan worden benut om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen en waar nodig bij te sturen.

De eindevaluatie zal plaatsvinden in 2011, tegelijk met de voorbereidingen voor de nieuwe nota volksgezondheid 2012 - 2015.

Hoofdstuk 9 Literatuurverwijzingen en afkortingen

Geraadpleegde literatuur:

Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Breda: GGD West-Brabant 2006.
Gezondheid telt! In West-Brabant
Gezondheid tel! In Drimmelen: kernboodschappen voor lokaal beleid 2007.
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 RIVM.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota: Kiezen voor gezond leven. Den Haag 2006.
Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en de rol van gemeenten, bestuurlijke benchmark beter voorkomen. SGB0/VNG. Februari 2007.
Handreiking OGGZ in de Wmo. Prof. Dr. J. Wolf. November 2006.
Relatie tussen de WCPV en de Wmo, Kansen voor de openbare gezondheidszorg! GGD Gelre-IJssel. Januari 2006.
Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang. SGB0. April 2007.
Staat van de gezondheidszorg 2005, deelrapport gemeentelijke betrokkenheid. Inspectie voor de gezondheidszorg. November 2005.
Gemeente Drimmelen. Nota Volksgezondheid gemeente Drimmelen 2004 – 2007, 2004. Ouderenmonitor

Gegevensbronnen:

Bevolkings- en woningbehoefteprognose Noord-Brabant, actualisering 2005.
CBS-Statline, de elektronische databank van het CBS
Gezondheidsmonitor West-Brabant
JIS. Jeugd Informatiesysteem. Registratiesysteem van de jeugdgezondheidszorg (GGD West-Brabant)

Lijst met afkortingen:

AED	Automatische Externe Defibrillator
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BOS	Buurt Onderwijs Sport
CB	Consultatiebureau
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
EKD	Elektronisch Kinddossier
GES	Gezondheidseffectscreening
GGD	Gemeentelijke/gemeenschappelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij rampen en ongevallen
GMK	Gemeenschappelijke Meldkamer
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
MHI	Mental Health Inventory. Vragenlijst voor psychische (on)gezondheid
OGGZ	Openbare geestelijke Gezondheidszorg
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
RAV	Regionale Ambulance Voorziening

RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES	Sociaal Economische Status
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
Wcpv	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organization (Wereld gezondheids organisatie)
Wmo	Wet Maatschappelijke ondersteuning
WWZ	Wonen Welzijn Zorg