



Kadernota Volksgezondheid 2008 - 2011





Kadernota Volksgezondheid 2008 - 2011



Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inleiding	3
Deel I Gezondheid	
1 Gezondheid	4
1.1 Gezondheid en beïnvloedende factoren	4
1.2 De openbare gezondheidszorg	4
2 Openbare gezondheidszorg: rijk en gemeenten	6
2.1 Kiezen voor gezond leven	6
2.2 Lokaal gezondheidsbeleid	6
3 Visie op het gezondheidsbeleid	8
3.1 Inleiding	8
3.2 Een strategische verkenning	8
3.3 Bevindingen	9
3.4 Conclusies	10
Deel II Gezondheidsanalyse	
4. Analyse	11
4.1 Inleiding	11
4.2 De gezondheidssituatie in Drenthe	12
4.3 Gezondheidsthema's	12
4.3.1. Roken	12
4.3.2. Alcohol	13
4.3.3. Voeding	15
4.3.4. Bewegen	15
4.3.5. Overgewicht	16
4.3.6. Psychosociale problematiek en eenzaamheid	17
4.3.7. Depressie	20
4.4 Conclusie	20
Deel III Beleidskeuzes	
5. Adviezen en speerpunten	21
5.1. Adviezen voor lokaal beleid	21
5.2. Speerpunten	22
5.2.1 Overgewicht / Sport en bewegen	22
5.2.2 Psychosociale problematiek en eenzaamheid	24
5.2.3 Middelengebruik jongeren	26
2. Financiën	27
Bijlagen:	
1. De gemeente en de openbare gezondheidszorg	
2. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	
3. Wetgeving die raakt aan WCPV-taken	
4. Evaluatie 1e nota volksgezondheid	



Voorwoord

Het belang van een goede gezondheid loopt in onze gemeente als een rode draad door allerlei beleidsontwikkelingen heen. Alleen al in het uitvoeringsprogramma 2006 – 2010 wordt gezondheid genoemd in relatie met armoedebeleid, werkgelegenheidsbeleid, wijkgericht werken, veiligheid en handhaving. Ook bij onze huidige en toekomstige stadsuitbreiding is gezondheid een onderwerp van belang. Gezondheid is daarmee nauw verbonden aan de sociale, fysieke en economische ontwikkelingen van Meppel en dat rechtvaardigt een aparte nota volksgezondheid die – integrale - lijnen uitzet voor de toekomst en speerpunten benoemt om concreet uit te werken.

De nota die voor u ligt, beoogt een integrale nota te zijn met kaders voor het gezondheidsbeleid van onze gemeente van 2008 tot en met 2010. Uitgangspunt van de nota is de wens van het college te investeren in kwaliteit van leven. Een goede kwaliteit van leven leidt in de regel tot een goede gezondheid. In deze nota wordt de wens van het college vertaald naar preventie en de poging problemen te voorkomen.

De gemeente Meppel heeft veel toegankelijke organisaties op het terrein van zorg, welzijn en wonen. Dat maakt het mogelijk in te zetten op preventie en voorkomen van problemen. Mede vanwege het schaalniveau van Meppel biedt dit kansen voor de toekomst. Een gezamenlijke strategische focus is daarbij van belang. Partnerschap, investeren in synergie en het creëren van een wenkend perspectief is daarbij de uitdaging voor de komende jaren. Ook de toegankelijkheid van zorg moet daarbij overeind blijven.

Deze kadernota geeft een goede aanzet voor een actief lokaal gezondheidsbeleid. Niet alleen voor concrete activiteiten rond gezondheidsthema's maar ook voor gezondheid op diverse andere beleidsterreinen. Zo zijn alle organisaties en de gemeente Meppel in staat om gezamenlijk te investeren in een goede kwaliteit van leven.

*Ko Scheele,
Wethouder volksgezondheid*

Gemeenten zijn op grond van de gewijzigde Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) verplicht om elke vier jaar een nota volksgezondheid vast te stellen. Hierin moet worden aangegeven hoe aan de in de wet genoemde gemeentelijke taken uitvoering wordt gegeven.

Op het terrein van volksgezondheid werken de Drentse gemeenten nauw samen. Daarom is het format met basisteksten als input voor de lokale kadernota volksgezondheid ontwikkeld door de Drentse werkgroep Gemeenten – GGD. Dit in opdracht van het portefeuillehoudersoverleg Zorg en Welzijn van de VDG en in afstemming met het Algemeen Bestuur (AB) van de GGD Drenthe.

Input voor deze kadernota is ook de werkbijeenkomst 'Meppel zorgt, een strategische verkenning' op 28 mei 2008 geweest. Het doel van deze bijeenkomst was om het tactische/operationele niveau van deze kadernota te verbinden aan een meerjarig perspectief met een meer strategische oriëntatie.

In het eerste deel wordt een inleiding gegeven op het thema gezondheid. Vervolgens wordt aandacht besteed aan een aantal landelijke ontwikkelingen en de rol die gemeenten spelen op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Daarna wordt ingegaan op de visie op het gezondheidsbeleid, waarbij de verkregen input tijdens de werkbijeenkomst van groot belang is geweest.

In het tweede deel wordt een analyse gegeven van de gezondheidssituatie in Drenthe, die wordt gekoppeld aan de meer specifieke Meppeler situatie.

Het derde deel van de nota gaat over beleidskeuzes. Hieruit volgen tenslotte de conclusies en speerpunten voor het lokaal gezondheidsbeleid en de manier waarop deze aangepakt gaan worden.

Na vaststelling van deze kadernota door de raad worden de speerpunten verder uitgewerkt. Dit moet leiden tot concrete acties en afspraken met de betreffende organisaties en instellingen.

1 Gezondheid

1.1 Gezondheid en beïnvloedende factoren

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

Figuur 1: Model van Lalonde (hieronder)

1 Omgevingsfactoren, de fysieke en sociale omgeving:

aspecten van wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten;

2 Leefstijlfactoren:

het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).

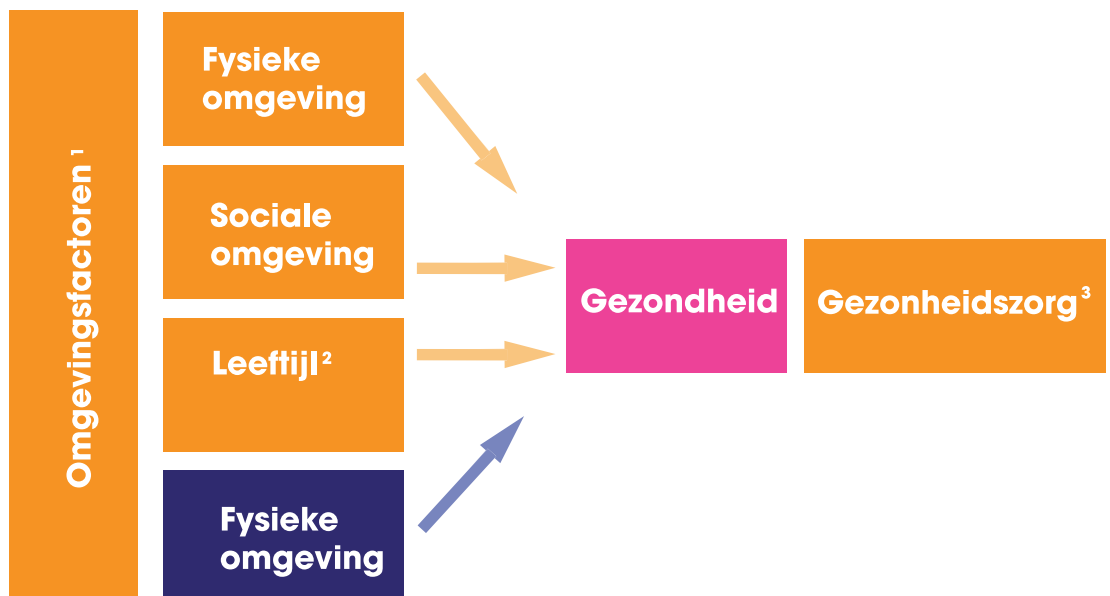
3 Gezondheidszorg:

het gaat hier met name over de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.

4 Biologische en erfelijke factoren:

de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte.

Gezondheid en gezond gedrag is in de eerste plaats een zaak van mensen zelf, maar uit het bovenstaande model blijkt dat ook andere factoren een rol spelen bij het maken van gezonde keuzes en gezondheid van mensen, zoals de omgeving en de aanwezigheid van gezondheidsvoorzieningen.



Figuur 1: Model van Lalonde



1.2 De openbare gezondheidszorg

Openbare gezondheidszorg (OGZ) oftewel Public Health is gericht op de bescherming, bevordering en bewaking van de gezondheid van en acute hulpverlening aan de bevolking. Bij openbare gezondheidszorg gaat het om de gezondheid van de gehele bevolking, van risicogroepen en van mensen die tussen wal en schip vallen. Aan de activiteiten op het gebied van openbare gezondheidszorg ligt in principe geen individuele hulpvraag ten grondslag. Het meest karakteristiek aan openbare gezondheidszorg is dat er vooral sprake is van een preventieve insteek en een maatschappelijke hulpvraag en dat de interventies zich richten op groepen. Het is de overheid die verantwoordelijk is voor de openbare gezondheidszorg. De openbare gezondheidszorg

omvat naast de taken van de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding, ook voorlichting over diverse gezondheidsthema's, de verslavingspreventie en activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en het optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen. Vanwege de samenhang van gezondheidsbeleid met allerlei beleidsterreinen heeft de gemeente de centrale rol in de openbare gezondheidszorg. Daar kan immers het beste het verband worden gelegd tussen de gezondheidsproblematiek in de gemeente, de leefomgeving, de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen en de accenten bij de diverse uitvoeringsorganisaties.

2. Openbare gezondheidszorg: rijk en gemeenten

2.1 Kiezen voor gezond leven

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

Gezond leven is een keuze. Ondanks de kennis over gezond gedrag nemen ongezonde gedragingen onvoldoende af of nemen soms zelfs toe. Ongezonde leefgewoonten leiden tot verhoogde risico's op verlies van gezondheid. De minister stelt, dat een sterke inzet op gezond leven zeer noodzakelijk is, omdat de gezondheid van Nederlanders de laatste jaren verslechtert, vooral door roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht. Hoewel de gemiddelde levensverwachting de afgelopen decennia absoluut gezien is toegenomen, is Nederland in Europa op de ladder van gezondheid en levensverwachting afgezakt naar de middenmoot.

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

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

De vorige Rijkspreventienota (Langer gezond leven, 2003) bevatte drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. Landelijk en lokaal zijn in de afgelopen jaren veel activiteiten

ontplooid, maar er is nog veel winst te behalen. De preventienota 'Kiezen voor gezond leven' gaat daarom voort op de ingeslagen weg. Het voorkomen en tegengaan van roken, van schadelijk alcoholgebruik en van overgewicht, (voeding en beweging) kan een grote bijdrage leveren aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. De jongste Rijkspreventienota benoemt naast deze drie leefstijlfactoren nog twee ziekten als speerpunt, namelijk diabetes en depressie.

2.2 Lokaal gezondheidsbeleid

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

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

Afgeleide doelstellingen zijn:

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

De gemeente heeft een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. De GGD ondersteunt de gemeente bij die ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbeleid: van het leveren van (epidemiologische) gegevens, de ondersteuning bij het proces van



beleidsvorming tot de beleidsuitvoering en de evaluatie.

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

Preventiebeleid (Gezonde leefstijl)

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

Integraal gezondheidsbeleid (Gezonde omgeving)

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

jongeren integraal binnen het onderwijs aan te pakken. Een ander voorbeeld is de gezondheidseffectscreening: GES. De GES is een hulpmiddel om inzicht te krijgen in de mogelijke gezondheidseffecten van verschillende beleids- of projectplannen en signaleert waar knelpunten ontstaan en hoe je die zou kunnen oplossen. De GES kan bijvoorbeeld toe-gepast worden bij stedelijke vernieuwingsprojecten of bij nieuwe ontwikkelingen voor industrieterreinen. Zo kan in de planvorming rekening gehouden worden met de invloed van milieu op de gezondheid. Belangrijk is om gezondheidsaspecten actief te laten meewegen bij de bestuurlijke beslissingen op andere gebieden dan volksgezondheid.

Zorgbeleid (Gezonde zorg)

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

3. Visie op het gezondheidsbeleid

3.1 Inleiding

Om het gezondheidsbeleid goed vorm te kunnen geven is het belangrijk om een strategisch perspectief te hebben. Waar liggen onze ambities voor de komende jaren? Investeren in de kwaliteit van leven dient daarbij in ieder geval voorop te staan, want gezondheid is van essentieel belang voor de kwaliteit van leven in Meppel.

De beschikbaarheid van vele organisaties op het terrein van zorg, welzijn en zorg maakt Meppel bijzonder. Voor de ontwikkeling en uitvoering van beleid biedt het schaalniveau van Meppel veel kansen. Partnerschap, investeren in synergie en het creëren van een wenkend perspectief is daarbij een uitdaging.

Een gezamenlijke strategische focus op kansen en (toekomstige) mogelijkheden is van belang. Om hier vorm aan te geven heeft er op 28 mei 2008 een werkbijeenkomst plaatsgevonden met bestuurders/directies van belangrijke organisaties en instellingen op het terrein van de zorg. Het doel daarbij was om ambities te verkennen en deze te verbinden aan kansen, mogelijkheden en combinaties die wij vanuit onze verantwoordelijkheid zien voor de ontwikkeling van Meppel op het terrein van zorg in de brede zin (het verslag van deze bijeenkomst vindt u in de bijlagen).

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de belangrijkste thema's, uitkomsten en aanbevelingen uit deze werkbijeenkomst.

3.2 Een strategische verkenning

De gezondheidszorg kamt met een aantal grote problemen. Zo rijzen de kosten ieder jaar de pan uit (meer dan 60 miljard euro), is er sprake van een zogenaamde dubbele vergrijzing en zijn er tot 2020 500.000 medewerkers in de zorg tekort

en zijn er een kwart meer artsen nodig. Naast deze materiële problemen kunnen er ook een aantal inhoudelijke thema's genoemd worden. De toenemende zorgconsumptie is een bron van zorg evenals de strijd tussen 'cure' en 'care'. Ook het toenemend verlies van cohesie in de samenleving en de toename van geweld spelen een rol. De multiculturaliteit en verschillend consumptiegedrag in de zorg vormen ook belangrijk probleem.

De rijksoverheid heeft daarbij aan de ene kant te maken met collectieve middelen en aan de andere kant marktwerking. Ook het topdown willen regelen, maar het risico elders willen neerleggen (lagere overheid) vormt een probleem. Gemeenten lijken daarom de moeilijkste klus te moeten klaren. We moeten de samenleving die topdown verscheurd is, van onder af aan opbouwen. Dit alles biedt echter ook uitdagingen tot samenwerking op tal van terreinen.

Hoe kunnen we deze problemen oplossen?

1. Toon een andere mentaliteit

Er bestaat een traditie van 'care-barking'. De zorg krijgt het verwijt dat ze het geld opmaken dat in de andere sectoren verdiend wordt.

Echter, 20% van de Nederlandse beroepsbevolking werkt in de zorg. Onze zorg is bovendien één van de beste ter wereld en goedkoopste van de westerse wereld. Eigenlijk is de conclusie dat de zorg een geweldige sector is.

2. Bevorder de sterke punten

Er is veel ruimte voor onderzoek en ontwikkeling en zijn er veel innovaties te benoemen voor de combinaties wonen-welzijn-zorg. De rijksoverheid zou de gezondheidszorg alleen daar moeten sturen, waar de ontwikkelingseffecten negatief uitwerken op andere sectoren.



3. Samen bouwen aan de basis

De WMO is een leerschool voor het samenspel tussen rijksoverheid en gemeenten. De globale lijnen moeten aan de top worden bepaald, de uitwerking en details zijn zaak voor de basis. Ook zou de top meer moeten innoveren in plaats van regeltjes op te stellen.

3.3 Bevindingen

Op basis van hetgeen hier boven geschetst is zijn er een aantal thema's en onderwerpen genoemd die bij kunnen dragen het volksgezondheidsbeleid van de gemeente Meppel.

Combinaties

Kijk meer naar combinaties van beleid en voorzieningen wonen, welzijn en zorg. Stop met het denken in termen van doelgroepen (iedereen is gelijk en dat moet ook zo ervaren kunnen worden) Ook de specifieke geestelijke en gehandicaptenzorg kan meer betrokken worden.

Wijkaanpak

Kijk meer naar het "specifieke straatje en de situatie". Wat is de vraag, wat is een adequate oplossing. Investeer in het creëren van leefgemeenschappen i.c. een eigentijdse vorm van noaberschap waar mensen voor elkaar zorgen en selfsupporting zijn. Houd daarbij wel rekening met een veranderende samenleving. Ontwikkel hierop een visie en betrek bewoners en organisaties adequaat bij renovatie en nieuwbouw van wijken.

Rollen en verantwoordelijkheden

Welke stappen zijn nodig voor het ontwikkelen van een vernieuwend concept? Wat vraagt de zorg daarbij aan de gemeente? Wat kan de zorg vervolgens concreet leveren. Zoeken we daarbij in gezamenlijkheid de grenzen

van de (innovatieve en experimentele) mogelijkheden op? Welke cultuur wil je realiseren, welk profiel wil je als gemeente? Op welke wijze neemt de gemeente daarbij de regie?

Afstemming en programmering

Inwoners overzien niet meer welke diensten / arrangementen mogelijk zijn. Weten we eigenlijk wel wie wat doet? In de wijken zijn allemaal organisaties actief met eigen "lijntjes, organisaties en busjes" Ieder gaat voor zich de buurt in i.p.v. met gezamenlijke vraaggerichte arrangementen. De marktwerking stimuleert dat. Welke gemeente durft het aan om dat anders te doen? Hoe staat het er de komende jaren voor qua bevolkingsontwikkeling. Het is voor meerjarig beleid en programmering van belang om inzicht in te hebben in de kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen in de stad. In het kader van de wijkaanpak is hier al een start mee gemaakt.

Kleinschalige aanpak

Gebruik de schaal van Meppel meer als kracht in de komende jaren. Maak daarbij bijvoorbeeld de realisatie van kleinschalige zorgvoorzieningen met o.a. begeleiding en ondersteuning in de laatste levensfase mogelijk in het dorp Nijeveen.. "Parkeer mensen niet op de valreep in een onpersoonlijk verpleegtehuis" Probeer geldstromen meer vanuit klantperspectief te regelen waardoor sturing vanuit de klant beter mogelijk is.



Ziekenhuis als uitzendbureau

Benut het ziekenhuis meer als een "uitzendbureau" van waaruit specifieke arrangementen in de stad / dorp / wijk te organiseren zijn. Zelfverzorgende eenheden /aanleunwoningen met een goede schaalgrootte. Zijn er combinaties met woningbouw mogelijk in Meppel de komende jaren?

Preventie

Investeren in preventie blijft essentieel. Ontwikkel daarin een meer gezamenlijk profiel voor alle inwoners van Meppel. Duidelijk dient te zijn voor welke inwoners van Meppel wat in preventieve zin van belang is.

3.4 Conclusies

Uit de strategische verkenning kunnen de volgende conclusies getrokken worden.

- Met de kwaliteit en diversiteit aan voorzieningen van Meppel is winst te realiseren. Eigen winst dient men daarbij te beschouwen als gezamenlijke winst.
- Vertrouwen en willen investeren in gezamenlijkheid en 'breder willen denken en handelen' is van belang om daadwerkelijk vraaggerichte oplossingen te realiseren.
- Advies is: ga aan het werk met de ontwikkeling van een heldere strategie vanuit de concrete resultaten die je voor ogen hebt. Blijf niet hangen in abstracte intenties van de 'ivoren toren', maar stel de vraagstukken uit de samenleving en de uitvoeringspraktijk centraal.
- Het ideale speelveld voor gemeenten: investeren in participatie en integratie en in inclusief beleid (niet uitsluiten, maar insluiten).
- Innovatie vergt lef en leiderschap, soms langs de grenzen van regelgeving waarbij met minder regels ruimte voor initiatief en verantwoordelijkheid bij burgers en maatschappelijke initiatieven wordt gecreëerd.

4. Analyse

4.1 Inleiding

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

Op basis van de epidemiologische onderzoeken die de GGD in opdracht van de Drentse gemeenten uitvoert en de vierjaarlijkse VTV die de rijksoverheid laat uitvoeren is een lijst van factoren samengesteld die in een belangrijke mate de gezondheid van de Drentse bevolking beïnvloeden. Deze factoren zijn: roken, voeding, bewegen, overgewicht, diabetes, alcohol, sociale kwetsbaarheid, traumatische gebeurtenissen en depressie. In de volgende paragrafen zijn deze factoren uitgewerkt voor de Drentse situatie.

Aandacht voor deze factoren in het lokale gezondheidsbeleid is evident, temeer omdat het beïnvloeden van deze zaken en daarmee het bevorderen van de gezondheid heel goed mogelijk is op lokaal niveau. Naast het verkrijgen van inzicht in deze factoren is het ook van belang om een beeld te hebben van de groepen die het meest aan deze risicofactoren zijn blootgesteld. Naar aanleiding van de provinciale

gezondheidsanalyse is er door de GGD Drenthe nader onderzoek verricht naar de gezondheidssituatie in de gemeente Meppel. Bij het in kaart brengen van de Meppelse gezondheidssituatie is gebruik gemaakt van een zogeheten gezondheidsprofiel. Daarbij is de vraag gesteld welke gezondheidsproblemen opvallen bij verschillende bevolkingsgroepen en met welke andere gemeente in de provincie Meppel de overeenkomsten vertoont. Op basis van deze vraag zijn de resultaten van de meest recente onderzoeken onder verschillende bevolkingsgroepen (ouderen, jongeren) nader bekeken. Daarbinnen is telkens naar onderwerpen gekeken die een beeld geven van de situatie van de gezondheid van de bevolking en de aspecten die daarop van invloed zijn. De resultaten van Meppel zijn vervolgens vergeleken met die van de provincie Drenthe als totaal.

4.2 De gezondheidssituatie in Drenthe

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



Bevolking in Drenthe

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

4.3 Gezondheidsthema's

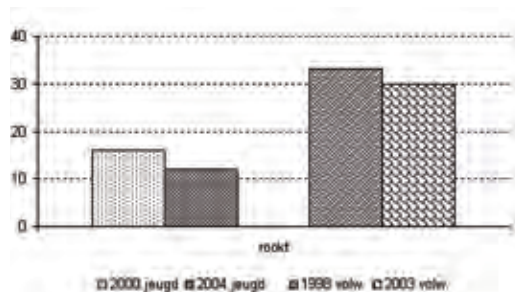
4.3.1. Roken

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

Uitkomsten voor Drenthe

De onderstaande figuur laat zien dat het percentage jeugdigen dat wel eens gerookt heeft licht is afgenomen. Ook het percentage volwassenen dat rookt is gedaald; dat is overeenkomstig de landelijke trend. In beide leeftijdsgroepen wordt het meest gerookt door mensen

met een lage sociaal economische status en jongeren op het VMBO.



Uitkomsten voor Meppel

De uitkomsten voor Meppel wijken niet significant af van het Drentse beeld. Een kwart van de volwassen bevolking rookt. 32% van de 19-23 jarigen rookt dagelijks; bij 15-16 jarigen is dit 27% en 4% van de 13-14 jarigen doet dit elke dag.

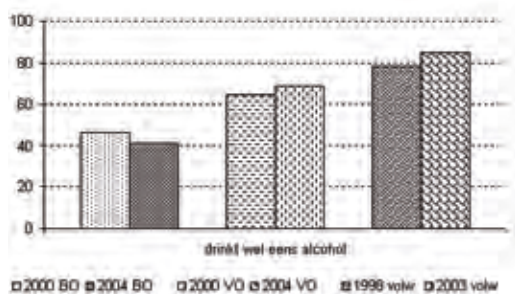
4.3.2 Alcohol

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

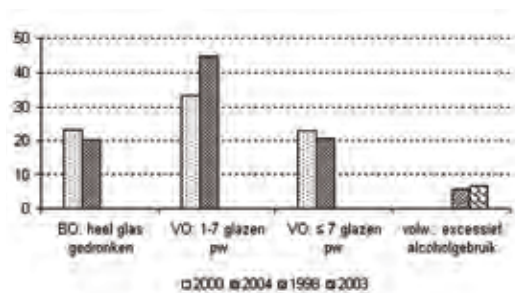


Uitkomsten voor Drenthe

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



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



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

een heel glas alcohol heeft gedronken is in 2004 gedaald.

Uitkomsten voor Meppel

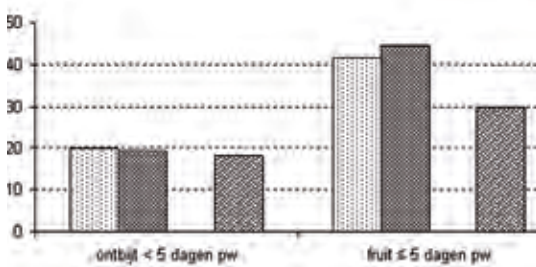
Het percentage jeugdigen en jongeren in Meppel dat alcohol drinkt is eerder lager dan hoger dan in Drenthe. Echter, binnen de groep die wel alcohol drinkt is het percentage dat (zeer) excessief drinkt hoger dan in Drenthe. Wat bovendien opvalt is dat in vergelijking tot de provincie meer jongeren in Meppel aangeven wel eens alcohol te drinken tijdens het spijbelen. Tenslotte geeft de helft van de 11/12 jarigen (51%) in Meppel aan wel eens alcohol te hebben gedronken. Dit is meer dan in Drenthe.

4.3.3 Voeding

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

Uitkomsten voor Drenthe

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



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

Uitkomsten voor Meppel

Meer 15/16 jarigen uit Meppel dan uit de provincie geven aan niet elke dag te ontbijten. De 13/14 jarigen uit Meppel kopen in vergelijking met Drentse 13/14 jarigen vaker iets in de winkel/snackbar vlakbij school. In vergelijking met de provincie eten leerlingen in het voortgezet onderwijs in Meppel vaker minder dan 5 dagen per week groente.

4.3.4 Bewegen

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

type II en gewrichtsklachten, worden teruggedrongen. Bij ouderen leidt voldoende bewegen vaak tot grotere zelfredzaamheid. Bewegen blijkt ook vaak een opmaat te zijn voor ander gezond gedrag, zoals gezonder eten en stoppen met roken. Het gezonde gevoel dat sportief bewegen veroorzaakt, maakt dat mensen ook op andere terreinen gezonder willen zijn.

Uitkomsten voor Drenthe

Voor volwassenen is in 2003 berekend of men voldoet aan de 'Nederlandse Norm Gezond Bewegen' (minimaal 5 dagen in de week 30 minuten matig intensief bewegen). Gemiddeld genomen voldeed iets minder dan helft van de Drentse volwassenen niet aan de norm. Opvallend genoeg kwam naar voren dat hoog opgeleide respondenten relatief vaker (53%) niet aan de norm voldeden dan laag opgeleiden (46%). Bij jongeren kwam naar voren dat leerlingen van het VMBO minder vaak lid zijn van een sportvereniging dan leerlingen van HAVO/VWO. Het lid zijn van een sportclub neemt af naarmate de jongere ouder wordt. Daar waar 82% van de 11-12 jarigen nog lid is van een sportvereniging, is dit onder de 15-16 jarigen gedaald naar 65%

Uitkomsten voor Meppel

De helft van de volwassenen in Meppel voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Dit wijkt niet af van het Drentse beeld. 36% van de Meppelse jongeren in de leeftijd 19-23 jaar geeft aan zelden of nooit te sporten. Het percentage kinderen dat lid is van een sportvereniging daalt van 80% in de groep 11-12 jarigen, via 77% bij 13-14 jarigen naar 60% in de leeftijdscategorie 15.16 jarigen. Ook dit is niet afwijkend van de Drentse situatie.

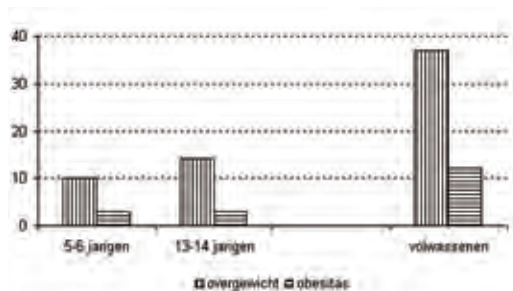


4.3.5 Overgewicht

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

Uitkomsten voor Drenthe

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



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

Uitkomsten voor Meppel

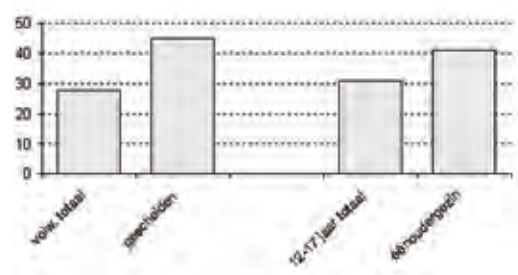
In Meppel heeft 43% van de volwassenen overgewicht. Dit percentage is hoger dan het landelijk en het Drentse gemiddelde. Bij 5-6 jarigen is het percentage met overgewicht 12% en bij 13-14 jarigen 13%.

4.3.6 Psychosociale gezondheid en eenzaamheid

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

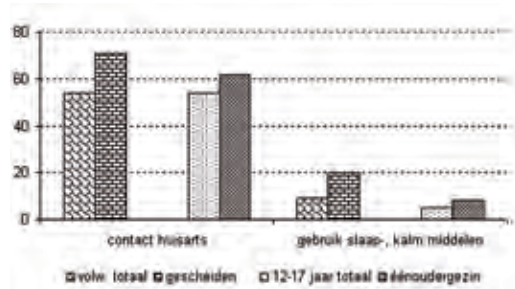
Gebroken gezin: uitkomsten voor Drenthe

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





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



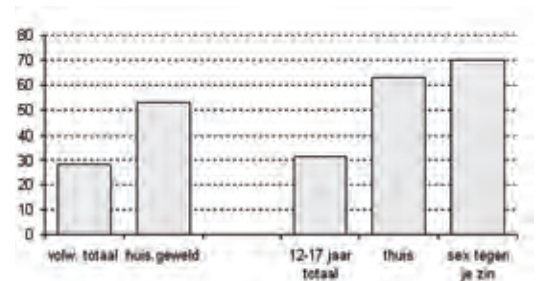
Om een beeld te geven van de leefstijl bij groepen in een kwetsbare (gezins) situatie is nog gekeken naar het roken en alcoholgebruik. Voor zowel jongeren als volwassenen geldt dat het percentage rokers hoger is in de groep waar een scheiding heeft plaatsgevonden. Voor alcohol is het minder duidelijk.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

Huiselijk geweld: uitkomsten voor Drenthe

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

Uit de gezondheidsenquête van 2003 blijkt dat ruim 16% van de vrouwen en ruim 10% van de mannen in Drenthe ooit te maken heeft gehad met huiselijk geweld. Om inzicht te krijgen in de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen is de groep volwassenen die huiselijk geweld hebben meegemaakt vergeleken met de totale groep volwassenen. Bij jongeren worden twee groepen jongeren apart gepresenteerd. Ten eerste jongeren die lichamelijk mishandeld zijn, ongewenste intimiteiten hebben meegemaakt en/of seks tegen hun zin hebben gehad én waarbij de plaats waar dit gebeurt is "thuis" is. En ten tweede de groep die heeft aangegeven dat ze seks tegen hun zin hebben gehad.

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



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

Eenzaamheid bij ouderen: uitkomsten voor Drenthe

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

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

Uitkomsten voor Meppel

Van alle 65-plussers voelt 23% in Meppel zich (zeer) eenzaam. Dit percentage is lager dan het Drentse gemiddelde. 30% van de volwassenen in Meppel heeft last van psychosociale problemen. In de leeftijdscategorie 19-23 jaar heeft 39% van de respondenten uit Meppel psychische klachten. Het percentage 13-14 jarigen met een indicatie voor psychosociale problematiek is in Meppel 26%; bij 15-16 jarigen is dit 38%. Hoewel niet significant is het opvallend dat 15/16 jarigen in Meppel bij bijna alle genoemde hulpverleningsorganisaties hoger scoren in de categorie 'ooit contact gehad' dan de Drentse 15/16 jarigen. Relatief meer 11/12 jarigen in Meppel geven aan gepest te zijn in het afgelopen schooljaar

dan in Drenthe. Het aantal jongeren dat in huis woont met iemand die langdurig ziek, gehandicapt of verslaafd is, is hoog in vergelijking met landelijke onderzoeksgegevens.

4.3.7 Depressie

Depressie is in deze paragraaf eigenlijk een vreemde eend in de bijt. Zijn alle bovengenoemde onderwerpen feitelijke factoren die de gezondheid van mensen beïnvloeden, depressie is een ziekte en dus het gevolg van verschillende factoren. Het is één van de vijf onderwerpen uit de laatste Rijkspreventienota en verdient daarom aandacht in het volksgezondheidsbeleid. Wanneer mensen een depressie hebben, is de kwaliteit van leven sterk gereduceerd. Depressie is een belangrijke oorzaak van schooluitval, arbeidsverzuim en eenzaamheid. Jaarlijks hebben 588.800 volwassenen (18-65 jaar) een depressie zo blijkt uit landelijke onderzoeken. Bij vrouwen komen depressies ongeveer tweemaal zo vaak voor als bij mannen. Ook komt depressie meer dan gemiddeld voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Volwassenen die eerder depressieve klachten hebben gehad, lopen een aanzienlijk groter risico op een nieuwe depressie. Ditzelfde geldt voor volwassenen met een kwetsbare persoonlijkheid (weinig zelfvertrouwen en een geringe zelfwaardering). Enkele chronische lichamelijke ziektes vergroten bovendien het risico op een depressie onder volwassenen, evenals stressvolle levensgebeurtenissen. Bij de groep ouderen zijn de risicogroepen mensen met weinig sociale steun, chronische zieken en laag opgeleiden. Sociale participatie, lichamelijke gezondheid en gevoel voor controle over het eigen leven en sociale steun in de omgeving beschermen ouderen tegen depressie.



Uitkomsten voor Drenthe

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

Uitkomsten voor Meppel

De uitkomsten zijn voor Meppel niet nader gespecificeerd.

4.4 Conclusies

Uit bovenstaande analyse kan geconcludeerd worden dat de belangrijkste gezondheidsproblemen in Meppel, evenals in Drenthe, overgewicht, psychosociale gezondheid/eenzaamheid en sport en bewegen zijn.

Vergeleken met Drenthe heeft Meppel relatief meer jonge inwoners en wordt er verhoudingsgewijs door meer jongeren die alcohol gebruiken (zeer) excessief gedronken. Ook het aantal jongeren dat mantelzorg verleend (omdat ze in huis wonen met iemand die langdurig ziek is, gehandicapt of verslaafd is), is hoog in vergelijking met landelijke onderzoeksgegevens.

Bij deze gezondheidsproblemen is de sociaal economische status sterk bepalend. Mensen met een lage SES hebben een slechtere gezondheid dan mensen met een hoge status. Dit geldt ook voor de jeugd op het VMBO in vergelijking met leerlingen van HAVO/VWO.

5. Adviezen en speerpunten

5.1 Adviezen voor lokaal beleid

Op basis van de gezondheidsanalyse en de ervaringen met de aanpak en de mogelijkheden op lokaal niveau heeft de GGD een viertal adviezen gegeven voor de gemeenten.

1. Kies voor universele en selectieve preventie bij de aanpak van overgewicht, voeding, bewegen, roken en alcohol

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de burger ligt met name op het vlak van de gezondheidsbevordering en de gezondheidsbescherming. Interventies uit de universele preventie en de selectieve preventie zijn dan ook het meest van belang voor gemeenten. Onder universele preventie vallen interventies die gericht zijn op de algemene bevolking en die als doel hebben het bevorderen van gezond gedrag, een gezonde leefstijl. De relatie met een gezondheidsprobleem is niet zichtbaar. Selectieve preventie bestaat uit interventies gericht op een groep die nog geen problemen heeft, maar die op grond van bepaalde kenmerken wel een risicogroep is. Bijvoorbeeld kinderen van ouders met psychiatrische problemen, jongeren op het VMBO etc.

2. Geef prioriteit aan risicogroepen: leerlingen VMBO en mensen met een lage sociaal economische status

In vergelijking met de andere specifieke bevolkingsgroepen vertoont de lage SES-groep, waaronder leerlingen van het VMBO, het vaakst ongezond gedrag. Ook de combinatie van ongezonde gedragingen komt het vaker voor bij deze groep. Met name voor groepen met een lage sociaal economische status blijkt voorlichting als methode niet of nauwelijks te werken. Het werkt zelfs vaak averechts

omdat ze niet of nauwelijks profijt hebben van de voorlichting. Voor deze groepen is het beter om de preventie in settings aan te bieden, dicht bij het leven en werken van mensen: in de wijk, op school en op het werk. Ook het betrekken van de doelgroep zelf bij de opzet en uitvoering van een interventie vergroot het mogelijke effect. De community-benadering is hiervan een voorbeeld. De community-benadering is een open benadering waarin samen met de doelgroep gezocht wordt naar thema's die aansluiten bij de belangstelling en de cultuur van gezondheid van de doelgroep. Achtergrond hiervan is het gegeven dat achterstandsgroepen met de 'traditionele' gezondheidsthema's zoals roken, drinken, voeding of bewegen moeilijk te bereiken zijn. Bestaande voorzieningen in een gemeente, zoals het welzijnswerk, de scholen, maar ook de huisartsen kunnen hierbij een grote rol spelen.

3. Stimuleer een integrale aanpak

Een gezonde en veilige leefstijl kan veel bijdragen aan de gezondheid en kwaliteit van leven. Het is nodig mensen meer tot gezonde keuzes te verleiden, maar dat is niet eenvoudig. Ongezond gedrag is namelijk niet iets van het individu alleen, maar hangt ook met andere factoren samen. Door de samenleving zo in te richten dat 'de gezonde en bewuste keuze' een makkelijke keuze wordt, wordt de burger gestimuleerd om zich gezonder te gaan gedragen. Gezonde producten moeten gemakkelijk beschikbaar zijn (verkooppunten, prijs, promotie), door verordeningen kunnen ongezonde zaken worden verboden (zoals een snackbar op de hoek van de school voor voortgezet onderwijs) en de leefomgeving moet uitnodigen tot bewegen (bijvoorbeeld via het inrichten van een woonwijk met veel groen).



Op deze manier wordt de bevolking 'verleid' om zich gezonder te gaan gedragen.

4. Bevorder effectieve preventie

Effectieve preventie betekent dat mensen daadwerkelijk gezonde keuzes gaan maken en in staat zijn hun gedrag te veranderen. Dit is niet zomaar te bereiken, daarvoor is een aantal voorwaarden nodig waarmee de gemeente rekening moet houden bij de keuzes voor en financiering van preventie. Een belangrijk voorwaarde is het gebruik van methodes die effectief bewezen zijn of effectieve elementen bevatten. Daarnaast is de duur van de activiteiten van belang als het gaat om effectiviteit. Een eenmalige voorlichting vergroot veelal alleen de kennis en leidt niet automatisch tot gedragsverandering. Veel activiteiten worden projectmatig aangeboden en na een korte tijd weer van de agenda gehaald. Dit is deels een gevolg van de financiering binnen preventie die met tijdelijke middelen wordt gedaan (zoals stimuleringsmaatregelen). Het structureel inbedden van preventieprogramma's in systemen is van belang en de gemeente kan door het stellen van prioriteiten en het sturen in de projectmatige 'waan van de dag' hier veel aan bijdragen. Bij een groter risico op gezondheidsproblemen wordt het programma natuurlijk intensiever. Belangrijk is daarbij ook dat de preventie-interventies aansluiten bij de keten van de hulpverlening.

5.2 Speerpunten

Op basis van de gehouden analyse en de beleidsadviezen die door de GGD zijn afgegeven is het voorstel om voor de gemeente Meppel de volgende speerpunten op te nemen voor 2008-2011:

1. Overgewicht
2. Psychosociale problematiek en eenzaamheid
3. Sport en beweging
4. Middelengebruik jongeren

5.2.1 Overgewicht / Sport en beweging

De speerpunten overgewicht en sport en beweging worden gezamenlijk opgepakt. Dit omdat er veel raakvlakken zijn tussen beide speerpunten.

Ambitie: gezond leven is lekker bewegen en genieten van gezond eten

Voor de aanpak van overgewicht hanteren we de volgende doelstellingen:

- het percentage volwassenen met overgewicht moet gelijk blijven;
- het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.

De volgende doelgroepen krijgen daarbij speciale aandacht: jeugd en mensen met een lage sociaal-economische status.

Wat kunnen we als gemeente doen?

Overgewicht

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. Daarnaast kan beleid op scholen rondom traktaties en aanbod in kantines op scholen voor voortgezet onderwijs een positieve



invloed hebben. Naast gezonde voeding hebben ook sporten en bewegen een grote invloed op het lichaamsgewicht. Zowel voor voedingsgewoonten als voor lichaamsbeweging geldt dat een structurele voorlichting die in het voortgezet onderwijs gecontinueerd wordt, de voorkeur heeft.

Een integrale aanpak die zich richt op zowel het gezin, de wijk/buurt, school als de sportclub is daarbij noodzakelijk, waarbij de rol van de ouders als eerstverantwoordelijken voor de opvoeding benadrukt wordt. Naast voeding en beweging moeten ook aspecten als zelfbeeld en weerbaarheid toegevoegd worden aan programma's voor preventie van overgewicht. Naast deze collectief preventieve interventies is het ook belangrijk om interventies in te zetten gericht op vroegsignalering en begeleiding van kinderen met (dreigend) overgewicht. De gemeente kan met de betrokken partijen afspraken maken over het afstemmen van activiteiten zodat een opeenvolgende lijn van het aanbod ontstaat.

Voeding

Een goed voedingspatroon heeft een beschermende invloed op de gezondheid. Door het eten van veel vis, groente en fruit neemt het risico op hart- en vaatziekten af; groente en fruit beschermt daarnaast tegen diverse vormen van kanker. Voedingsvoorlichting en het stimuleren van een gezond voedingspatroon is een belangrijk onderdeel bij het bevorderen van een gezonde leefstijl: een belangrijke voorwaarde voor het gezond blijven. Niet alleen voor gezonde mensen is een gezonde leefstijl belangrijk maar ook voor groepen uit de bevolking met bijvoorbeeld een chronische ziekte. Gemeenten kunnen de uitvoering van voedingsprogramma's in het kader

van het bevorderen van een gezonde leefstijl bij de bevolking en bij specifieke groepen stimuleren. Voedingsvoorlichting kan een structureel onderdeel van het lesprogramma zijn. Ook kan op scholen voor voortgezet onderwijs het project 'Gezond kantinebeleid' worden geïnitieerd zodat schoolkantines ook gezonde alternatieven gaan aanbieden aan de leerlingen. Belangrijk is dat gezond eten zowel op school, in sportkantine als in het gezin als iets vanzelfsprekends en als norm wordt ervaren. Dat dit ook met beperkte middelen kan heeft het project 'Gezond met weinig geld' en 'Gezonde voeding hoeft niet veel te kosten' laten zien.

Bewegen

Gemeenten kunnen via verschillende (beleids)terreinen het gezond bewegen bij de bevolking of bepaalde groepen stimuleren. Men kan de 'Norm Gezond Bewegen' als uitgangspunt nemen voor de bevolking in het algemeen of specifieke groepen in het bijzonder. Extra bewegingslessen voor kinderen en jeugd op scholen kunnen worden gefinancierd en sportverenigingen kunnen met een extra financiële impuls worden gemotiveerd om hun sport ook aan bepaalde groepen aan te bieden. In het kader van ruimtelijke ordening en bestemmingsplannen kan rekening gehouden worden met meer groenvoorzieningen. Om de effectiviteit van de interventies te vergroten verdient het sterk de voorkeur om bewegingsprogramma's te koppelen aan interventies voor voedingspreventie en deze settinggericht aan te bieden waardoor ook omgevingsfactoren beïnvloed kunnen worden.



Deze benadering, waaronder de wijk/dorpgerichte, schoolgerichte en werkgerichte aanpak van gezondheidsproblemen wordt verstaan heeft bewezen meer effecten te hebben bij de aanpak van gezondheidsproblemen van risicogroepen.

Aanpak

Om deze doelstellingen te realiseren willen we als gemeente Meppel in samenwerking met de GGD Drenthe een actieprogramma 'Gezond leven – lekker bewegen en gezond eten' opstellen. Het is de bedoeling om binnen dit programma een breed pakket aan maatregelen op het gebied van voeding en bewegen in te zetten.

Over het thema overgewicht heeft reeds een vooroverleg plaatsgevonden met de GGD Drenthe. Het doel is preventief; het gaat om het voorkomen van overgewicht. Daarbij willen we ons richten op de doelgroep jeugd (0-19) en mensen met een lage sociaal-economische status.

We willen gezamenlijk bekijken welke interventies het beste ingezet kunnen worden om de gewenste effecten op de lange termijn te bereiken. Er zal verder uitgewerkt moeten worden welke methodes/methodieken ingezet gaan worden en welke partijen we verder willen betrekken (scholen, consultatiebureau, winkels etc.). De uitwerking hiervan vindt plaats in het najaar van 2008.

Bovendien wordt bij de uitwerking van deze thema's aangesloten bij het sportbeleid. Op 21 juni 2007 is de kadernota 'Meer doen met Sport in Meppel 2007-2010' door de gemeenteraad vastgesteld. In deze nota wordt aangegeven dat er een koppeling wordt gemaakt met het gezondheidsbeleid. Het gaat hierbij om het thema 'Sport als middel om maatschappelijke doelen te bereiken'. In het kader van de integrale beleidsontwikkeling is het wenselijk om de uitvoering van deze plannen op elkaar af te stemmen en gezamenlijk op te pakken.

Overgewicht / sport en beweging	Wat	Wanneer
Actieprogramma 'Gezond leven – lekker bewegen en gezond eten'	Opstellen actieprogramma met concrete interventies (zoals bijv. Gezonde School, Schoolgruiten)	Najaar 2008
Aansluiting sportbeleid	Diverse onderdelen zoals: <ul style="list-style-type: none">- pilot project 'Chronisch zieken in beweging';- bewegingsonderwijs (motie raad);- onderzoek combinatiefuncties sport/bewegingsonderwijs;- professionalisering buurtsportwerk- sport voor allochtonen	Eind 2008 / begin 2009

2.2.2. Psychosociale problematiek en eenzaamheid

Voor deze probleemgebieden geldt bij uitstek dat een integrale aanpak vanuit de verschillende beleidsterreinen nodig is: een combinatie van interventies gericht op de preventie, de omgeving en de gezondheidszorg.

Ambitie: de gemeente Meppel investeert in het terugdringen van psychosociale problematiek en eenzaamheid

Voor de aanpak van psychosociale problematiek en eenzaamheid hanteren we de volgende doelstelling:

- De psychosociale problematiek van de inwoners van Meppel is in 2012 afgenomen ten opzichte van de laatste gezondheidsmonitor en leefstijlonderzoek jongeren (vooral gericht op mensen met een lage sociaal economische status en jongeren);

Wat kunnen we als gemeente doen?

Weerbaarheidsprogramma's in het onderwijs en welzijnswerk kunnen worden gezien als een basis in de preventie van deze problematiek. Voor het onderwijs zijn verschillende methodes daarvoor beschikbaar, zoals 'Marietje Kessels'. Diverse organisaties bieden sociale vaardigheidstrainingen voor kinderen en jongeren. Voor ouders en verzorgers zijn er voorbeelden van opvoedingspreekuren die hen de mogelijkheid bieden om vroegtijdig hun vragen en problemen te bespreken met hulpverleners; in de verdergaande keten van zorg is een goede toeleiding naar de hulpverlening en de coördinatie ervan nodig. Voor de aanpak van huiselijk geweld is naast de verschillende preventieve maatregelen van belang dat er niet alleen éérder wordt ingegrepen in geweldsituaties, maar dat

ook de opvang voor de slachtoffers goed wordt geregeld en dat er maatregelen worden getroffen tegen plegers. Een coördinatie van de aanpak!

In aanpak van de eenzaamheidsproblematiek worden door gemeenten al diverse interventies, zoals huisbezoeken en sociale activering gestimuleerd. Ook hierbij geldt dat de ketenaanpak versterkt moet worden.

Aanpak

Tenslotte wordt er een plan voor 'Psychosociale problematiek en eenzaamheid' ontwikkeld. In het WMO-beleidsplan onder prestatievelid 8 wordt hier ook aandacht aan besteed. Vanuit de WMO wordt dit onderdeel in 2009 verder opgepakt. Onder dit punt wordt ook aandacht besteed aan de problematiek van jonge mantelzorgers. Icare heeft inmiddels een subsidie ontvangen om deze groep in kaart te brengen en met een aanpak te komen voor lastenverlichting. Het onderwerp is ook meegenomen in de notitie van de VDG 'Mantelzorg en vrijwillige inzet'. Een lokale notitie mantelzorgondersteuning is in voorbereiding. Binnen dit onderdeel wordt daarnaast aandacht besteed aan het thema huiselijk geweld. Zo wordt het project Kindspoor door de GGD uitgevoerd. Ook het in 2007 gehouden 'Ouderenonderzoek Drente' door de GGD wordt betrokken bij de uitwerking van dit onderdeel.



Psychosociale problematiek en eenzaamheid	Wat	Wanneer
WMO-beleidsplan Jonge Mantelzorgers	Realisering actiepunten prestatievelde 8 - In kaart brengen + aanpak voor lastenverlichting (Icare) - VDG notitie 'Mantelzorg en vrijwillige inzet' - Lokale notitie mantelzorgondersteuning	2009 2009
Huiselijk geweld	Project Kindspoor (GGD)	2008
Ouderenonderzoek	Bespreken uitkomsten en inzet interventies	2009
Preventie	Weerbaarheidstrainingen (onderwijs en welzijnswerk)	2009

5.3.3. Middelengebruik jongeren

Naast het excessieve alcoholgebruik onder Meppelse jongeren willen we ook aandacht besteden aan andere vormen van middelengebruik.

Ambitie: - **drinken met mate, verstandig en niet te jong**
- **verantwoord middelengebruik**

We willen daarbij het volgende bereiken:

- het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugdringen
- het excessieve alcoholgebruik bij jongeren tegengaan

Wat kunnen we als gemeenten doen?

De overheid heeft een lange traditie om overmatig alcoholgebruik te bestrijden, via wetgeving, zoals het verbieden van rijden onder invloed en via voorlichtingsspotjes voor TV en radio. Om jongeren te beschermen tegen overmatig alcoholgebruik is de integrale aanpak van alcoholpreventie in gemeenten belangrijk: maak afspraken met de horeca over het schenkebeleid (beperking verkoop, strengere leeftijdscontrole, maatregelen gericht op verkooppunten zoals

sluitingstijden, happy hour, convenant veilig uitgaan); besteed aandacht aan de rol van de ouders en lever een bijdrage aan het neerzetten van nieuwe normen t.a.v. alcoholgebruik zoals het niet drinken onder 16 jaar; stimuleer dat er structureel op basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs gebruik gemaakt wordt van effectieve methodes zoals 'Gezonde School en genotmiddelen'.

Het kabinet biedt gemeenten een handleiding alcoholbeleid aan met handvaten om samen met lokale gezondheidsorganisaties en het lokale bedrijfsleven schadelijk alcoholgebruik in gemeenten terug te dringen. Als onderdeel van deze handleiding kunnen gemeenten gebruik maken van ondersteuning bij de integrale aanpak van vroegsignalering. Dit is een van de deelprojecten van het Partnership Vroegsignalering Alcohol. Hierbij kan ook ondersteuning van de VNN worden gevraagd.



Aanpak

Voor wat betreft het speerpunt 'Middelengebruik jongeren' wordt aansluiting gezocht bij de nota jeugdbeleid 'Jeugd in Stimulans 2008-2012' die na de zomervakantie wordt behandeld in de raad. Vervolgens wordt een uitwerkingsnotitie opgesteld, waarin dit thema wordt meegenomen. Ook in de in 2007 vastgestelde nota 'Coffeeshopbeleid' wordt het middelengebruik onder jongeren genoemd. Doelstelling uit deze nota is de bescherming van de volksgezondheid tegen het gebruik van drugs in het

algemeen en in het bijzonder door jongeren onder de 18 jaar. De kadernota 'Veiligheidsbeleid Meppel 2008-2010' en het activiteitenprogramma 'Veiligheid in Meppel 2008' besteed tevens aandacht aan het thema middelengebruik onder jongeren. Waar mogelijk wordt ook hierbij aansluiting gezocht.

De gemeente Meppel staat een integrale aanpak voor, waarbij het gezondheids-, jeugd-, coffeeshop-, en veiligheidsbeleid op elkaar zijn afgestemd. Een belangrijk punt is hierbij is het verantwoord omgaan met middelen die tot verslaving kunnen leiden.

Middelengebruik jongeren	Wat	Wanneer
Integraal alcoholbeleid en middelengebruik	Opstellen nota, inclusief uitvoeringsacties (i.s.m. R&R/VVH), waarin ook de problematiek van de 'drinkketen' wordt meegenomen.	2009



6 Financiën

Er wordt getracht zoveel mogelijk aan te sluiten bij het bestaande beleid en daarbij behorende budgetten. Daarnaast is er binnen de begrotingspost Wel Thuis (67115) € 25.000 beschikbaar voor de uitvoering van het volksgezondheidsbeleid.

Bijlage 1 De gemeente en de openbare gezondheidszorg

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

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)

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

De wet heeft tot doel gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie voor de bevolking te bevorderen. In de WCPV worden drie deelterreinen onderscheiden: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Gemeenten brengen de hieruit voortvloeiende werkzaamheden over het algemeen onder bij de GGD.

Taken van GGD Drenthe

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

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de gemeenteraden zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.
2. Alvorens besluiten te nemen die

belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

De 12 Drentse gemeenten hebben aan deze verplichting voldaan door via een gemeenschappelijke regeling de GGD Drenthe in het leven te roepen. Daarmee is GGD Drenthe de gemeentelijke gezondheidsdienst ex artikel 5 van de WCPV die door de Drentse gemeenten via deze gemeenschappelijke regeling wordt aangestuurd. Er is sprake van verlengd lokaal bestuur. De GGD voert wettelijke taken uit binnen de WCPV en kan daarnaast overige taken uitvoeren die in het verlengde daarvan liggen in opdracht van het bestuur, individuele gemeenten of derden. De wethouder van de gemeente die verantwoordelijk is voor volksgezondheid is ook bestuurder van de GGD. Zodoende kan interactie plaatsvinden tussen de twee rollen. Om de onderscheiden rollen goed te kunnen vervullen is het noodzakelijk, dat er een transparante relatie bestaat tussen gemeenten en GGD. De afgelopen jaren is binnen het bestuur vooral discussie gevoerd over de toenemende kosten en de bestuurlijke inbedding van de GGD en in veel mindere mate over de inhoud en het gewenste kwaliteitsniveau. Het Algemeen Bestuur respectievelijk de portefeuillehouders Zorg hebben eind 2006 opdracht gegeven om in een gezamenlijke werkgroep van GGD- en gemeentelijke (beleids)medewerkers Volksgezondheid uiterlijk 1-1-2008 de dilemma's rondom de noodzakelijke transparantie in kaart te brengen.

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

De taken die door de GGD uitgevoerd worden zijn:

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

De Jeugdgezondheidszorg

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

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

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

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

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

Het Preventief Jeugdbeleid

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het preventief jeugdbeleid is gebaseerd op een aantal wetten: de Welzijnswet, de WCPV, onderwijswetgeving voor Voor- en vroegschoolse educatie (VVE), de Leerplichtwet en de Wet op de Jeugdzorg. De Wet op de Jeugdzorg legt de regie voor de geïndiceerde zorg bij de provincies en voor de niet-geïndiceerde, de 'voorliggende' of preventieve zorg, bij de gemeenten. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het voorkomen van ernstige problemen bij de jeugd waartoe onder meer de eerste opvang van jeugdigen en hun ouders met vragen en problemen behoort. De gemeentelijke taken zijn nader bepaald in een convenant dat de rijksoverheid, de provincies en de gemeenten hebben gesloten. De gemeentelijke taken zijn: advies en informatie, signaleren van problemen, toeleiden tot het hulpaanbod, licht pedagogische hulp en coördinatie van zorg. De inhoud van het convenant en de taken hebben mede als input gediend voor het ontwerp en de invulling van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning, welke op 1 januari 2007 in werking is getreden. De WMO bestaat uit meerdere prestatievelen: prestatievelid 2 heeft betrekking op jeugd. Hierin gaat het over 'op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden'. Prestatievelid 3 geeft aan dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor informatie, advies en cliëntondersteuning. Gemeenten hebben op grond van deze wettelijke kaders vrijheid in het lokaal invullen van het jeugdbeleid.

Relatie Nota Gezondheidsbeleid, Jeugdgezondheidszorg en het Preventief Jeugdbeleid

Ieder kind moet de kans krijgen gezond en veilig op te groeien, zijn talenten

te ontwikkelen, zich goed voor te bereiden op zijn toekomst, waarbij van jongeren een positieve bijdrage aan de maatschappij wordt verwacht. Rijk en gemeenten willen bereiken dat opvoeden en opgroei-ondersteuning voor ouders en kinderen vanzelfsprekend wordt, makkelijk te bereiken en voldoende voorhanden is. Centra voor jeugd en gezin dienen daartoe als concept, met als doel bestaande functies en taken op het gebied van opvoeden en opgroeien in een samenhangend pakket van diensten aan te bieden. Kabinet en VNG zijn het er over eens dat gemeenten een cruciale rol spelen in de ondersteuning, hulp en zorg aan kinderen en gezinnen. Zij constateren dat de afstemming tussen provincies en de gemeenten op het terrein van de jeugdzorg en het jeugdbeleid nog onvoldoende is en dat de positie van gemeenten moet worden versterkt. Het kabinet ondersteunt en stimuleert daarom pilots op lokaal niveau waar nieuwe vormen van samenwerking tussen provincies en gemeenten worden ontwikkeld.

De bij het preventief jeugdbeleid betrokken organisaties zijn veelal op regionaal of provinciaal niveau georganiseerd. De gemeenten staan voor de uitdaging om (op onderdelen) overeenstemming te bereiken over enerzijds het lokale maatwerk, anderzijds het belang van gemeentegrens-overschrijdende en meerjarige afspraken met de uitvoeringsorganisaties. In het Bestuursakkoord¹ is overeengekomen, dat iedere gemeente gedurende de looptijd van deze nota gezondheidsbeleid tenminste één Centrum voor Jeugd en Gezin in de gemeente realiseert. Het basismodel van de Centra voor jeugd en Gezin omvat

¹ Bestuursakkoord Rijk en Gemeenten dd 6 juni 2007



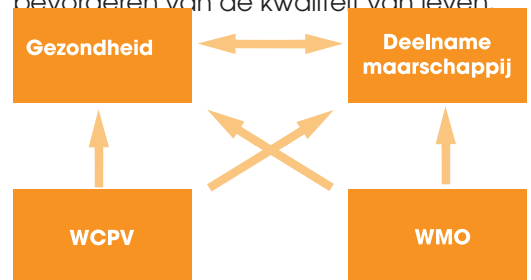
de Jeugdgezondheidszorg, prestatieveld 2 van de WMO, een schakel met Bureau Jeugdzorg (met een voorpostfunctie en verankering van samenwerking in de backoffice) en met het Zorgadviesteam.

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

Relatie tussen de WCPV en WMO

De relatie tussen de WCPV en de WMO kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende pijlers, met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers (zie figuur 2). De WCPV richt zich op het bevorderen en het beschermen van de gezondheid van groepen uit de bevolking: de (nog) gezonde burgers. De WMO richt zich zowel op groepen uit de bevolking als op individuele burgers. De WMO is er voor om burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Gezondheid in brede zin speelt dus ook een belangrijke rol bij de WMO. Mensen die deelnemen aan

de maatschappij voelen zich gezonder, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. Andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij weer mogelijk. Beide wetten hebben uiteindelijk een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven.



Figuur 2 : WCPV en WMO pijlers voor kwaliteit van leven.

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

De toekomstige Wet publieke gezondheid

Het ministerie van VWS bereidt de nieuwe Wet publieke gezondheid voor die de Wet Collectieve preventie volksgezondheid zal vervangen. In het wetsvoorstel worden internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding verankerd welke betrekking hebben



op de sturing bij crises. Op dit moment zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het terrein van de infectieziektebestrijding nog geregeld in drie afzonderlijke wetten: de WCPV, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Ook het verplichte gebruik van het elektronische kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg wordt met de wet publieke gezondheid geregeld.

Collectieve preventie

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

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

Infectieziektebestrijding

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

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

Jeugdgezondheidszorg

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

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



Bijlage 3 Wetgeving die raakt aan de WCPV - taken

Wetten

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

Medische milieukunde

Besluit Luchtkwaliteit

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

Infectieziekten

Infectieziektewet

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

Quarantainewet

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

Destructiewet

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

Waterleidingswet

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

Wet op de geneesmiddelenvoorziening

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

Jeugdgezondheidszorg

Ziekenfondswet

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

Wet op het primair onderwijs en Wet op het voortgezet onderwijs

Onder andere regels voor onderwijshuisvesting en lokaal onderwijsachterstandsbeleid.

Leerplichtwet en de RMC-wet

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



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

Overige

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

Op 11 maart 2004 heeft de gemeenteraad de eerste nota volksgezondheid vastgesteld. Het betrof een kadernota lokaal gezondheidsbeleid die door de gemeenten uit Zuidwest Drenthe gezamenlijk is opgesteld. In deze kadernota is voorgesteld om de lopende preventieprogramma's voort te zetten en uit te breiden. Daarbij waren in het bijzonder jongeren, ouderen en mensen met een complexe problematiek in beeld. Bij de vrij toegankelijke hulp ging het om AMW, OGGZ en Jeugdzorg. Onderlinge afstemming en coördinatie bij de aanpak van problemen waren hierbij speerpunt. Bij de indicatiestelling richtte de aandacht zich op verbreding ten behoeve van een breed verstrekkingenpakket. Daarmee wordt beoogd bij te dragen aan de wens van laagdrempeligheid en bereikbaarheid. Een belangrijk onderdeel hiervan was het realiseren van een lokaal zorgloket.

Per gemeente zijn vervolgens lokale accenten gesteld en uitgewerkt. Daarin is de nadruk voor Meppel gelegd op het integraal intersectoraal stimuleren van een gezonde leefstijl en het bevorderen van de kwaliteit van de fysieke en sociale omgeving. Op basis hiervan zijn er 5 speerpunten vastgesteld en uitgewerkt. Deze betroffen:

1. Psychosociale problematiek
 2. Overgewicht en obesitas
 3. Roken
 4. OGGZ en huiselijk geweld
 5. Sociaal-economische gezondheidsverschillen/leefbaarheid.
- Hieronder is per speerpunt aangegeven wat er gerealiseerd is.

1. Psychosociale problematiek

Doel: Het versterken van de vroegsignaleringsfunctie van de eerste lijn (huisartsen, maatschappelijk werk, opbouwwerk) t.a.v. psychosociale problematiek bij jongeren.

Actie 1:

Screening van kinderen door Icare Ouder en Kindzorg (laagdrempelige opvoedingsondersteuning opnemen in het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg).

Stand van zaken 2007:

Icare Jeugdgezondheidszorg zet in op extra aandacht aan risicogezinnen door middel van extra huisbezoek, opvoedingsondersteuning in de peuterspeelzalen op vraag van ouders en hulpverleners en begeleiding van ouders.

Actie 2:

Versterken van het maatschappelijk werk op m.nl vmbo scholen en in de wijk

Stand van zaken 2007:

Vanaf 2005 is het jeugdmaatschappelijk werk uitgebreid. In het kader van de Wet op de Jeugdzorg is het maatschappelijk werk een voorliggende voorziening. Er is een vraag naar uitbreiding van het schoolmaatschappelijk werk op alle scholen. In Meppel is op twee scholen maatschappelijk werk aanwezig. Er is bovendien een sterke wens om uitbreiding van het jeugdmaatschappelijk in Meppel.

2. Overgewicht en obesitas

Doel: Het terugdringen van ongezonde leefgewoonten die overgewicht veroorzaken. Stimulering van een actieve leefstijl door o.a. huisartsen blijkt een belangrijke factor te zijn om mensen meer te laten bewegen en gezonder te laten eten.



Doelgroep 0-4 jaar

Actie 1:

Via het consultatiebureau voorlichting en adviezen geven aan ouders van zuigelingen en peuters die een risico geven t.a.v. overgewicht.

Stand van zaken

Dit punt is onderdeel van onderzoek op consultatiebureaus. Gerichte adviezen over voeding en leefstijl aan ouders/opvoeders volgden.

Actie 2:

Vanuit het platform JGZ advies en begeleiding geven aan de behandeling van overgewicht.

Stand van zaken:

Een 'pilot' overgewicht is i.s.m. NIGZ en GGD Drenthe gestart in 2005/2006. Aan de hand van een uitgebreide inventarisatie is ingezoomd op interventies en benadering op gemeentelijk niveau. Een plan van aanpak is opgesteld. Door onvoldoende capaciteit en middelen kon de implementatie van het project in Meppel niet ten uitvoer worden gebracht (2006).

Doelgroep 4-12 jaar

Actie 1:

I.s.m. scholen en GGD meedoen aan de implementatie van het Schoolfruitproject middels o.a. voorlichting in schoolkranten en ouderavonden op scholen.

Stand van zaken

Het fruitproject is door scholen zelf opgepakt. Scholen zetten in op het geven van voorlichting over een gezonde leefstijl.

Actie 2:

Het stimuleren van preventieprojecten gericht op de aanpak van overgewicht zoals 'Kies voor Hart en Sport' voor groepen 5 t/m 8.

Stand van zaken:

Ook hierin hebben scholen het initiatief.

Actie 3:

Zorgdragen voor goed bewegingsonderwijs door het aanstellen van vakleerkrachten gymnastiek die tevens zorgdragen voor naschoolse sportactiviteiten in wijken die een sportachterstand hebben.

Stand van zaken:

Dit punt is in 2008 weer actueel. Met name het aanstellen van vakleerkrachten bracht de nodige financiële perikelen met zich mee, waardoor concretisering niet aan de orde was.

Doelgroep 13-18 jaar

Acties:

- I.s.m. scholen meedoen aan project 'De Gezonde schoolkantine'.
- Sportstimulering via wijkgerichte sportactiviteiten in achterstandswijken en organisatie van themaweken over gezonde voeding in wijkcentra.
- De gemeente kan zorgdragen voor een uitnodigende sportinfrastructuur dichtbij huis en laagdrempelige recreatieve voorzieningen.

Stand van zaken:

De gemeente Meppel heeft in aanloop/ontwikkelingsfase van bouwprojecten steeds meegenomen de aandachtspunten met betrekking tot recreëren in de wijk/voldoende kunnen bewegen, voldoende en vooral veilige fietspaden (zie het programmaplan Wel Thuis en programmaeisen Koedijklanden). Daarnaast wordt steeds vaker afgewogen op welke wijze mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving kunnen wonen met leefvoorzieningen o.a. winkels en zorgvoorzieningen.



3. Roken

Doel: Het terugdringen van het roken.

Actie 1:

Preventieweek van de verslaving, voorlichting, advies en informatie t.a.v. middelengebruik.

Stand van zaken:

De gemeente Meppel heeft maatregelen getroffen om het roken in openbare gebouwen te verbieden. Ook het roken in sportkantines is onderwerp van bespreking geweest. Afspraak is dat op tijden dat kinderen sporten/trainen niet gerookt wordt. In de jaarprogrammering van de werkgroep preventie verslaving onder regie van VNN wordt ingespeeld op risicovol gebruik van verslavende middelen o.m. roken, alcohol, drugs en gokken.

In 2008 is het thema alcohol. Het komt steeds meer voor dat jongeren op jongere leeftijd gaan drinken. Ook het indrinken en het drinken van meer dan 20 glazen in het weekend zijn geen uitzondering in Meppel.

Actie 2:

Educatieprogramma's uitvoeren gericht op sociale vaardigheden en weerbaarheid in groep 8 van het basisonderwijs en op het voortgezet onderwijs.

Stand van zaken:

Het programma preventie week van de verslaving wordt aangeboden aan leerlingen, ouders/opvoeders en docenten. Leerlingen worden gestimuleerd om actief mee te denken en stil te staan bij de gevolgen van verslavende middelen voor hun gezondheid. GGD Drenthe en het AMW hebben een cursusaanbod weerbaarheid en sociale vaardigheden.

4. OGGZ/Huiselijk Geweld

Doel: Het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van OGGZ door een vangnet te creëren om kwetsbare groepen mensen op te vangen.

Actie 1:

Opzetten van een lokaal zorgnetwerk.

Actie 2:

Een gemeentelijk OGGZ aanspreekpunt instellen.

Stand van zaken:

In 2006 is het convenant OGGZ net werk gemeente Meppel en Westerveld getekend door betrokken partijen. Gemeente Meppel voert de regie over de lokale OGGZ netwerkers. Er is een folder uitgebracht. Een lokaal netwerk Openbare Geestelijke Gezondheidszorg onder voorzitterschap van het AMW functioneert. Het centrale OGGZ meldpunt is ondergebracht bij GGD Drenthe. Op regionaal niveau (Zuid-west Drenthe) is er een stuurgroepoverleg Problematisch Woongedrag (PPW) met alle betrokken partijen.

Een provinciale werkgroep zet een thuis- en daklozenmonitor uit.

Bij de GGD Drenthe is het meldpunt huiselijk geweld ondergebracht. In 2008 gaat het project Kindspoor van start, waarbij kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld ook opgevangen worden. Er wordt bovendien een sluitend hulpaanbod voor kinderen ontwikkeld.



5. Sociaal-economische gezondheidsverschillen/leefbaarheid

Doel: Verbeteren van de eerste lijn gezondheidszorg, m.n. gericht op gezondheidsbevordering, leefbaarheid bevorderen in aandachtswijken, verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en het vasthouden van aandacht voor de gezondheid van ouderen.

Stand van zaken:

- Epidemiologisch onderzoek door de GGD dat om de vier jaar wordt gehouden. Dit wordt gekoppeld aan een gezondheidsadvies van de GGD Drenthe.
- Ontwikkeling Brede Scholen.
- Speelplaatsen en trapveldjes in Haveltermade
- In de zorgteams van de scholen is aandacht voor risicojeugd.
- Het ouderenonderzoek door de GGD is in 2007 afgerond. Uit de resultaten blijkt hoe ouderen in Meppel hun gezondheid ervaren. Dit moet verder uitgewerkt worden.
- In de notitie Wel Thuis zijn voorstellen uitgewerkt met betrekking het leven en wonen in een zgn. woonzorgzone, met laagdrempelige en bereikbare voorzieningen.