

Lokaal gezondheidsbeleid

2007-2010

Gemeente Koggenland

Nico Koppes
Afdeling Welzijn
November 2007

Inhoudsopgave:

Leeswijzer	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: Gemeentelijke verantwoordelijkheden	5
1.1 De Wet collectieve preventie volksgezondheid	5
1.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).....	5
1.3 Relatie tussen de Wcpc en de Wmo.....	6
1.4. Belang van preventie	6
Hoofdstuk 2: Kiezen voor Gezond Leven	7
2.1 Landelijk gezondheidsbeleid	7
2.2 Gezondheidsbeleid in de regio	7
2.3 Lokaal gezondheidsbeleid	8
Hoofdstuk 3: Lokale beleidsspeerpunten	11
Alcohol	13
Roken	15
Overgewicht	17
Hoofdstuk 4: Uitwerking van de lokale speerpunten	19
Alcohol	20
Roken	26
Overgewicht	28
Samenvatting	31
Verklarende woordenlijst	32
Bijlage 1 Stand van zaken lokaal gezondheidsbeleid Obdam	33
Bijlage 2 Stand van zaken regionale beleidsvoorstellen LGB 2003-2006	34
Bijlage 3 Taken binnen de Openbare Gezondheidszorg	37
Bijlage 4 Wet collectieve preventie volksgezondheid	38
Bijlage 5 Relevante wetgeving voor gemeentelijk gezondheidsbeleid	39
Bijlage 6 Factsheet GGD Alcoholgebruik	
Bijlage 7 Factsheet GGD Roken	
Bijlage 8 Factsheet GGD Overgewicht	

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 van dit beleidsplan is de reden aangegeven waarom dit beleidsplan wordt opgesteld en welke taken en verantwoordelijkheden de gemeente heeft op het terrein van het gezondheidsbeleid.

In het tweede hoofdstuk is in kaart gebracht wat de taken van de gemeente zijn in het kader van preventie en is de samenhang tussen de diverse beleidsterreinen beschreven. Ook is het verband aangegeven tussen het landelijke, regionale en lokale gezondheidsbeleid. Ook wordt enig inzicht gegeven in de besteding van de lokale en regionale maatwerk gelden.

In hoofdstuk 3 wordt aangegeven welke speerpunten de gemeente heeft gekozen. Aan de hand van achtergrondinformatie wordt de keuze uitgelegd.

In het laatste hoofdstuk (4) worden de lokale speerpunten uitgewerkt. Per speerpunt wordt zoveel mogelijk aangegeven wat we willen bereiken, langs welke weg en wanneer.

Voorafgaand aan de bijlagen is een verklarende woordenlijst opgenomen. Op deze lijst zijn de termen verduidelijkt waarbij in de tekst een asterisk (*) is geplaatst.

Tenslotte zijn er nog een aantal bijlagen. Daarin is een overzicht opgenomen van de stand van zaken van het lokale gezondheidsbeleid in de voormalige gemeente Obdam alsook van de regionale beleidsvoorstellen over de afgelopen periode van vier jaar. Ook zijn als achtergrondinformatie de factsheets opgenomen zoals die laatstelijk door de GGD zijn opgesteld voor de door de gemeente gekozen speerpunten.

Inleiding

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) verplicht gemeenten, sinds 2003, elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. Daarin formuleert de gemeente haar ambities op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid.

Het doel van de nota lokaal gezondheidsbeleid kan als volgt omschreven worden:

Hoofddoel: Beschrijven van het gezondheidsbeleid dat moet worden uitgevoerd.

Afgeleide doelstellingen zijn:

- *Inzicht in de visie van de gemeente op de taken in het kader van preventiebeleid, zorgbeleid en facetbeleid*.*
- *Volksgezondheid als belangrijk element binnen andere beleidsgebieden zoals ruimtelijke ordening, milieu, volkshuisvesting en veiligheid te introduceren.*
- *Het in kaart brengen van de spreiding, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen in onze gemeente en regiogemeenten.*
- *Een uitnodiging tot samenwerking en afstemming tussen de verschillende instellingen en organisaties op het gebied van preventie.*
- *Inzicht voor gemeente in het beleid en de taken van de GGD.*

In de voormalige gemeente Wester-Koggenland was geen gemeentelijke nota opgesteld, maar was gedurende de periode van 2003 tot en met 2007 de regionale kadernota uitgangspunt voor het gezondheidsbeleid.

In de voormalige gemeente Obdam was voor genoemde periode wel een lokale nota vastgesteld.

Op dit moment is een herbezinning en herdefiniëring van de nota's aan de orde.

De regierol voor het lokale gezondheidsbeleid ligt bij de gemeente. Bij het opstellen van de nota is rekening gehouden met de spelers in het veld, de (beperkte) financiële middelen en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De raakvlakken tussen de Wmo en de Wcpv zijn immers groot. Het voorkómen van gezondheidsproblemen betekent dat er een minder beroep zal worden gedaan op de voorzieningen in het kader van de Wmo. Het is dus zaak om gezondheid en preventie op één lijn te krijgen.

In bijlage 1 is de stand van zaken vermeld met betrekking tot het lokaal gezondheidsbeleid zoals dat in Obdam was vastgesteld.

De uitwerking van deze beleidsnota vraagt een goede organisatiestructuur.

In het kader van het Wmo-beleidsplan wordt een strakke, interne, structuur opgezet die gehanteerd wordt bij de uitvoering van het beleid. De gemeente zal lokaal doen wat kan en regionaal doen wat moet. Per beleidsonderwerp wordt één persoon aanspreekpunt, zowel intern als extern. Deze persoon houdt het overzicht, maakt de beleidsvoorstellen en draagt zorg voor de evaluatie.

Aangezien het Wmo-beleidsplan en deze nota lokaal gezondheidsbeleid elkaar overlappen, wordt voor beide beleidsterreinen één organisatiestructuur opgezet.

Hoofdstuk 1: Gemeentelijke verantwoordelijkheden

De gemeente heeft op basis van verschillende wetten verantwoordelijkheid voor de gezondheid van haar burgers. De grondwet geeft aan dat gemeenten verantwoordelijkheden hebben op het brede volksgezondheidssterrein, zowel op preventie, cure, care, als op de lichamelijke en de geestelijke gezondheidszorg (waartoe ook maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en vrouwenopvang behoren).

Daarnaast hebben gemeenten taken op terreinen die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloeden: welzijn, volkshuisvesting, milieu, onderwijs en openbare orde.

Vanaf 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning van kracht. Deze wet heeft op belangrijke onderdelen raakvlakken heeft met de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv).

De beide wetten worden vanwege hun belang voor het gezondheidsbeleid hieronder kort beschreven. Tevens wordt de onderlinge relatie aangegeven.

Daarnaast zijn er vele wetten en besluiten die een relatie hebben met de collectieve preventietaak van de gemeenten (zie bijlage 5)

1.1 De Wet collectieve preventie volksgezondheid

In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente vastgelegd ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid (ofwel openbare gezondheidszorg). De Wcpv heeft tot doel gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie te bevorderen. Gemeenten brengen de hieruit voortvloeiende werkzaamheden over het algemeen onder bij de GGD, zo ook Koggenland. De Wcpv onderscheidt drie deelsterreinen: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg (zie bijlage 4).

De meeste taken zijn centraal geregeld. Van alle Wcpv taken die de GGD uitvoert, zijn er een aantal taken waarover de gemeente meer regie heeft. Dit zijn met name: het maatwerk deel binnen de Jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde, beleidsadvisering, epidemiologie (gedeeltelijk) en gezondheidsbevordering.

1.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning maakt de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie van alle burgers. Kwetsbare groepen mogen geen drempels ervaren om deel te nemen aan de maatschappij. De Wmo kenmerkt zich door een volledig decentrale sturingsvisie, hetgeen inhoudt dat elke gemeente zelf mag bepalen hoe zij maatschappelijke ondersteuning organiseert. Daarnaast stimuleert de Wmo marktwerking waardoor organisaties flexibeler moeten gaan inspelen op de wensen van burgers. 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 raad. In de doelstellingen van de Wmo neemt de realisatie en versterking van een zogenaamde civil society* een belangrijke plaats in. Het doel dat daarmee beoogd wordt, is dat burgers zorg en ondersteuning in hun eigen omgeving organiseren. De Wmo omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in negen prestatievelden. Het gemeentelijk beleid wordt vastgelegd in een vier jaren beleidsplan.

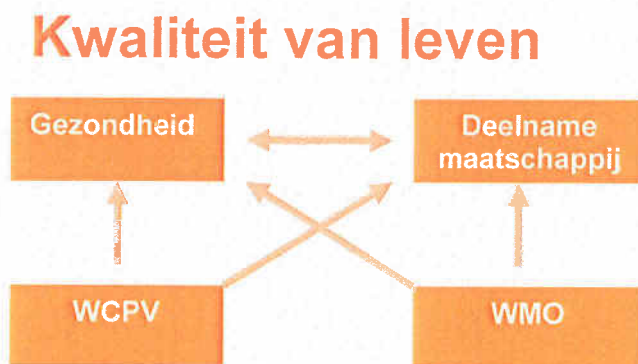
1.3 Relatie tussen de Wcpc en de Wmo

De relatie tussen de beide wetten kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers.

De Wcpcv begeeft zich met name op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De Wmo richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie en heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij.

Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, zo is uit menig onderzoek gebleken. Andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij weer mogelijk. Gezondheid in brede zin speelt dus een belangrijke rol bij de Wmo (zie figuur 1). Uiteindelijk doel van beide wetten is het bevorderen van de kwaliteit van leven. Achterliggende gedachte daarbij is, dat wanneer mensen een kwalitatief goed leven leiden, zij meer zullen openstaan voor de maatschappij om hen heen, waardoor zij helpen een civil society te creëren.

De Wmo kent negen prestatievelden. Vele daarvan hebben een link met het gezondheidsbeleid.



Wcpcv en WMO; onmisbare pijlers voor kwaliteit van leven.

1.4. Belang van preventie

De relatie tussen de Wcpcv en de Wmo toont het belang aan van preventie. Om te voorkomen dat in de gemeente financiële krapte ontstaat doordat (te veel) inwoners een beroep doen op de individuele Wmo-voorzieningen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt.

Veel (gezondheids)winst is te behalen wanneer vroeg in het (ziekte)proces wordt ingegrepen. Het is dus van belang dat gemeenten (blijven) investeren in de preventietaken binnen beide wetten, die voorafgaan aan cure, care en welzijn.

Hoofdstuk 2: Kiezen voor Gezond Leven

2.1 Landelijk gezondheidsbeleid

Gezond leven is een keuze.

Iedereen krijgt te maken met ziekte en de gevolgen daarvan. Ziekte is deels onvermijdelijk door aanleg of toeval. Welvaartsziekten zijn echter grotendeels te vermijden. Ongezond gedrag verhoogt de ziektelast. Iedereen vindt zijn eigen gezondheid belangrijk, maar lang niet iedereen leeft gezond. Mensen hoéven niet te roken of overmatig te drinken, maar velen doen het wel. Mensen kúnnen voldoende bewegen, maar minder dan de helft beweegt dagelijks een half uur.

Gezonde voeding als groente en fruit is volop te koop, maar veel mensen eten liever vette, zoete of te zoute producten.

Burgers kunnen dus kiezen voor een gezond leven en volwassenen moeten dat ook beseffen. Zij dienen zich bewust te zijn van de keuze die ze maken en van hun voorbeeldfunctie naar jongeren.

Het is nodig mensen meer tot gezonde keuzes te verleiden, maar dat is niet eenvoudig. Ongezond gedrag hangt namelijk ook met andere factoren samen. Door de samenleving zo in te richten dat de "gezonde en bewuste keuze" vergemakkelijkt wordt, ondersteunt de overheid de burger. Gezonde producten moeten gemakkelijk beschikbaar zijn (verkooppunten, promotie, prijsbeleid (accijnzen)) en de leefomgeving moet uitnodigen tot bewegen (inrichting woonwijk). Bovendien moet er een goede samenwerking zijn tussen verschillende sectoren van de overheid (milieu, veiligheid, arbeid, onderwijs).

Het kabinet heeft recentelijk een nieuwe preventienota (*Kiezen voor Gezond Leven*) uitgebracht.

Als speerpunten zijn drie leefstijlfactoren gekozen, te weten:

- Roken:

In Nederland roken meer vrouwen dan in de ons omringende landen. Mensen kunnen tien jaar langer leven als ze op hun dertigste stoppen met roken.

- Schadelijk alcoholgebruik:

Nederlanders drinken relatief weinig alcohol in vergelijking met andere Europeanen, maar jongeren drinker juist vaker en vooral meer. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadigingen.

- Overgewicht:

Overgewicht is een steeds grotere plaag voor de volksgezondheid. Met een gezond gewicht op je twintigste kun je 4½ jaar langer leven.

Daarnaast zijn landelijk twee ziekten tot speerpunt gekozen; diabetes (suikerziekte) en depressie.

Diabetes is deels erfelijk bepaald, maar kan ook voor een aanzienlijk deel voorkómen worden met een gezonde leefstijl. Overgewicht vergroot immers in hoge mate de kans op diabetes.

Preventie, vroegsignalering en een goede ketenzorg leveren gezondheidswinst op. Dat geldt ook voor depressies. Mensen met een depressie roken en drinken relatief vaak en zijn vaker te zwaar.

2.2 Gezondheidsbeleid in de regio

De resultaten van het gedurende de periode van 2003 tot 2007 gevoerde gezondheidsbeleid zijn weergegeven in bijlage 2.

Gebleken is dat in de afgelopen jaren het uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid niet

in alle gemeenten even succesvol verliep. Daarvoor zijn meerdere oorzaken aan te geven, te weten:

- Veelal werd er gewerkt met een kadernota voor vier jaar, maar ontbrak een concreet uitvoeringsprogramma. Daardoor bleven lokale activiteiten uit. Ook in Wester-Koggenland was er geen concreet beleid geformuleerd. In Obdam was dat wel het geval.
- Het is noodzakelijk om bij de planning de financiële middelen in beeld te brengen en ter besluitvorming voor te leggen.

- Het lokaal gezondheidsbeleid moet niet te divers te zijn. Het werkt beter als er per gemeente een beperkt aantal prioriteiten wordt gekozen.
- Gemeenten kunnen meer van elkaar leren en mogelijk in onderlinge samenwerking activiteiten ontwikkelen, mits zij op hoofdlijnen eenzelfde werkwijze hanteren. Dit kan efficiencywinst opleveren en het maakt de onderlinge vergelijkbaarheid en uitwisseling van gegevens makkelijker.
- Het zou het wenselijk zijn om de voortgang van het lokale gezondheidsbeleid per gemeente met een zekere regelmaat en op een enigszins eenduidige wijze te evalueren, zowel het proces als de 'producten'.

Met het vorenstaande wordt rekening gehouden bij het opzetten van beleid voor de periode van 2007 tot en met 2010.

2.3 Lokaal gezondheidsbeleid

Lokaal gezondheidsbeleid is het gemeentelijk beleid dat gericht is op het behouden of verbeteren van de volksgezondheid. Het is ook gericht op het wegwerken van gezondheidsverschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen binnen de gemeente.

Gemeenten zijn op basis van de Wcpv verplicht een lokaal gezondheidsbeleid te voeren.

De gemeente heeft dus een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. De GGD kan daarbij behulpzaam zijn door het leveren van (epidemiologische) gegevens. Ook kan zij ondersteunen bij de evaluatie.

De gemeente kan in haar beleid invloed uitoefenen op een aantal gezondheidsbeïnvloedende factoren en dus op de omstandigheden voor een gezond(er) leven.

Vanuit gemeentelijk oogpunt is het traject dat vooraf gaat aan het ziek worden en het bevorderen en behouden van de gezondheid overigens het meest interessant.

Het gezondheidsbeleid heeft raakvlakken met sociaal- en inkomensbeleid, welzijnsbeleid, jeugd- en onderwijsbeleid, het ouderenbeleid, de Wmo, ruimtelijke ordening, verkeer en vervoer, enz.

Het gezondheidsbeleid dient afgestemd te worden met het beleid op die andere terreinen; facetbeleid.

Lokaal gezondheidsbeleid biedt dus kansen om:

- Onnodige problemen, onnodige ziekten en vermijdbare sterfte te voorkomen;
- De stijging van de kosten van ziekte en van zorg af te remmen;
- Budgetten ten behoeve van gezondheid gericht en verantwoord in te zetten;
- Langer in gezondheid te leven;
- Internationaal gezien op een goed niveau te blijven betreffende de gezonde levensverwachting van de bevolking;
- Vermijdbare gezondheidsverschillen te verminderen;
- Te voorkomen dat kwetsbare mensen tussen wal en schip raken;
- Meer samenhang in het gezondheidsbeleid aan te brengen;
- Meer samenhang in de zorg aan te brengen;
- Een effectieve bestrijding van grootschalige risico's en gebeurtenissen te realiseren.

De gemeente heeft in het kader van de Wcpv een regierol toebedeeld gekregen om zorg te dragen voor taken als: epidemiologie (het verwerven van gegevens die inzicht bieden in de gezondheidssituatie van de bevolking), gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, medische milieukunde (signaleren van en adviseren over risico's in het bijzonder bij (dreiging) van rampen), openbare geestelijke gezondheidszorg, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg (zie bijlage 2).

Een groot deel van deze taken, met name de taken waarop de gemeente weinig tot geen eigen beleid kan voeren (omdat deze wettelijk zijn bepaald), heeft de gemeente ondergebracht bij de GGD en de Omring.

Deze taken worden gefinancierd uit het "uniforme deel" van het budget wat op de begroting is opgenomen.

Er zijn echter ook taken die de gemeente wel de ruimte bieden om eigen beleid te voeren.

Hierover worden jaarlijks afspraken gemaakt met de GGD en de Omring. Financiering daarvan vindt plaats door middel van het inzetten van het "maatwerkdeel" van het budget. Dit budget is onderverdeeld in een lokaal en een regionaal deel.

Het lokale deel vult de gemeente helemaal zelf in. Het betreft producten die redelijk eenvoudig uitvoerbaar zijn en waarvoor de gemeente voor wat betreft de organisatie of kosten, niet afhankelijk is van andere gemeenten.

Het regionale deel betreft vormen van gezondheidszorg die weliswaar niet verplicht zijn om in te kopen, maar waarvan de gemeenten gezamenlijk nut en noodzaak inzien. Over het algemeen betreft het projecten die een looptijd hebben van enkele jaren en waarvan het geen zin heeft om het in één of enkele gemeenten uit te voeren. Soms ook zijn de kosten voor één of enkele gemeenten te hoog.

Voor wat betreft het lokale maatwerkdeel valt te denken aan:

Moeders informeren moeders (MIM):

Dit is een opvoedingsondersteunings- en gezondheidsprogramma voor moeders van een eerste kind. Ervaren moeders (vrijwilligers) gaan gedurende een periode van anderhalf jaar maandelijks op bezoek bij jonge moeders. Doel ervan is de moeders te ondersteunen in hun streven naar vergroting van de zelfredzaamheid en minder afhankelijkheid van deskundigen. Jaarlijks wordt beoordeeld of dit project wordt voortgezet.

Lokaal zorgnetwerk:

In de voormalige gemeente Obdam vindt eens per twee maanden overleg plaats met diverse personen/instellingen (scholen, kinderdagverblijven, GGD, Omring, Rima, gemeente, bureau jeugdzorg) die te maken hebben met risico- en probleemkinderen/gezinnen. Doelstelling is het vroegtijdig signaleren van problemen en het gericht inzetten van acties. Het voorziet in een behoefte en zal ook in 2008 worden voortgezet.

Opvoedspreekuur:

Het opvoedspreekuur biedt informatie en advies bij opvoedingsvragen of lichte opvoedingsproblemen. Het biedt een kortdurend ondersteuningsaanbod van maximaal drie gesprekken voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 – 19 jaar. Het is laagdrempelig, er wordt geen dossier aangelegd en er wordt anoniem geregistreerd. Het project loopt sinds 2006.

Een eerste evaluatie leerde:

- dat de ouders tevreden zijn met het aanbod van het spreekuur;
- dat de bezetting van het spreekuur vrij laag is;
- dat van het inloopspreekuur weinig gebruik gemaakt; en
- dat ouders vaak lang wachten met het vragen om hulp.

Aangezien het toch een nuttig instrument lijkt te zijn worden de spreekuren vanaf eind 2007 in beperkter vorm voortgezet (halvering van het aantal uren). Jaarlijks wordt beoordeeld of het spreekuur ook het jaar erop wordt voortgezet.

Wat betreft het regionale maatwerkbeleid valt te denken aan:

Home start:

Bij dit project begeleiden vrijwilligers die zelf een gezin hebben, andere gezinnen waar problemen dreigen te ontstaan. Het doel van het project is het voorkomen van ernstige en langdurige problemen door, met een beetje hulp van buitenaf, gebruik te maken van de eigen kracht van ouders om problemen op te lossen. Het is een "evidence based interventie" die een minimale doorlooptijd moet hebben van drie jaar. Dit project loopt in ieder geval door tot medio 2009. Daarna zal worden gezien of het wordt voortgezet.

Overgewicht:

Overgewicht is een landelijk speerpunt voor het lokale gezondheidsbeleid. Regionaal is er een overbruggingsplan ontwikkeld om het bestaande aanbod -en de hiaten- te inventariseren. In het volgende hoofdstuk wordt daaraan meer aandacht besteed.

Opvoedingsondersteuning:

In het najaar van 2006 zijn de cursussen Opvoeden en Zo, Peuter in Zicht en meerlingenbijeenkomsten gestart. Deze werden voorheen uit de AWBZ betaald. In 2007 zijn deze producten voortgezet. De bedoeling is deze producten ook vanaf 2008 af te nemen. Er wordt nog gezocht naar een structurele financiële oplossing.

Er wordt echter ook gewerkt aan een project genaamd "Impuls opvoedingsondersteuning". Er wordt een traject doorlopen dat uiteindelijk moet leiden tot de realisatie van een Centrum voor Jeugd en Gezin. Dit project zal de komende jaren lopen.

De zaken die hierboven in het kader van het uniforme en maatwerkdeel van het gezondheidsbudget aan de orde zijn, worden verder niet nader aan de orde gesteld. De reden daarvan is dat deze zaken al min of meer vastliggen en de onderwerpen die de gemeente nog wenst te realiseren reeds in (met name) hoofdstuk 2 van het vierjaren beleidsplan Wmo zijn opgenomen.

In dit beleidsplan wordt wel nader ingegaan op de extra onderwerpen (speerpunten) die de gemeente kiest om als projecten uit te voeren naast het reguliere gezondheidsbeleid.

Producten die vanuit het maatwerkdeel (zowel het uniforme als het lokale deel) worden gefinancierd zijn dus zaken waarvan de gemeente van oordeel is dat het een positieve bijdrage kan leveren aan de gezondheid van haar inwoners. Aan de hand van periodieke evaluaties wordt (meestal) jaarlijks beoordeeld op het product ook het volgende jaar wordt ingekocht. Mede vanwege het feit dat het lokale (of hooguit regionale) activiteiten betreft is bekendheid van dergelijke producten steeds een punt van aandacht. Indien er te weinig bekendheid aan wordt gegeven aan de projecten, zijn zij gedoemd te mislukken.

Hoofdstuk 3: Lokale beleidsspeerpunten

De gemeente kiest ervoor om de komende jaren in te zetten op alcohol, roken en overgewicht. De reden om voor deze speerpunten te kiezen is dat dan kan worden aangesloten bij de landelijke speerpunten, alsook bij de resultaten van de laatste, door de GGD gehouden, gezondheidsenquête. Dat was overigens in 2002.

De onderwerpen die toen aan de orde werden gesteld, sluiten goed aan bij de speerpunten uit de huidige landelijke preventiecampagne *Kiezen voor Gezond Leven*.

Doordat veel aandacht wordt geschonken aan de landelijke speerpunten, is / komt divers materiaal voor handen om zelf mee te gaan werken.

De reden dat ervoor gekozen is om drie speerpunten uit te werken heeft te maken met het feit dat uit de regionale evaluatie naar aanleiding van de vorige nota is gebleken, dat het beter is een beperkt aantal speerpunten goed uit te werken dan veel speerpunten maar half uit te werken.

Bijdrage (in procenten) aan verloren levensjaren, verlies aan kwaliteit van leven en ziektelast.

	Verloren levensjaren	Verlies aan kwaliteit van leven	Ziektelast
Roken	20,9	7,1	13,0
Voeding			
Te veel verzadigd vet	0,9	0,6	0,8
Te weinig fruit	3,9	1,4	2,4
Te weinig groente	2,0	0,8	1,4
Te weinig vis	3,3	1,7	2,3
Lichamelijke inactiviteit	4,9	3,5	4,1
Overmatig alcoholgebruik	2,7	5,4	4,5
Overgewicht	5,8	12,7	9,7
Verhoogd totaalcholesterol	3,3	2,2	2,7
Verhoogde bloeddruk	10,8	5,6	7,8

Deze percentages hebben alleen betrekking op de selectie van 56 ziekten waarvoor de ziektelast is berekend.

(Deze tabel is overgenomen van de Handleiding preventie van overgewicht die in mei 2007 is uitgegeven door het Voedingscentrum.)

Dat niet voor diabetes is gekozen, is enerzijds dus te verklaren uit het feit dat het aantal onderwerpen beperkt moet blijven, maar anderzijds ontstaat deze ziekte vaak bij mensen met overgewicht. Doordat overgewicht wel wordt opgepakt, kan dat mogelijk een preventieve werking hebben ten aanzien van diabetes. Zo wordt daar impliciet toch aan gewerkt.

Dat niet is gekozen voor depressies, wordt verklaard doordat niet te veel onderwerpen uitgediept kunnen worden en depressies getalsmatig ook minder voorkomen dan de drie onderwerpen die wel gekozen zijn. Het houdt uiteraard niet in dat het minder belangrijk is.

De uitwerking van de drie gekozen onderwerpen kan overigens mogelijk in sommige gevallen ook een preventieve werking hebben op het ontstaan van depressies. Zo is bekend dat kinderen met ernstig overgewicht een makkelijk doelwit zijn voor pesterijen. Zij hebben meer kans op sociale isolatie en ontwikkelen makkelijker een negatief zelfbeeld.

De gemaakte keuze voor de lokale speerpunten is met een afvaardiging van de huisartsen (van voormalig Wester-Koggenland) besproken. Zij zijn het eens met de keuze en onderschrijven de beweegredenen om tot die keuze te komen.

Om enig inzicht te verkrijgen in de problematiek rondom de gekozen speerpunten is op de volgende pagina's informatie weergegeven die grotendeels afkomstig is uit de eerder vermelde gezondheidsenquête die de GGD West-Friesland in 2002 heeft gehouden.

Het zijn de laatst bekende, vaak ook regionale, gegevens. De gemeente Koggenland bestond in deze enquête nog niet.

Voor Koggenland moet Obdam en Wester-Koggenland samen worden genomen.

In het najaar van 2007 wordt een nieuwe enquête uitgezet, waarvan de resultaten begin 2008 voorhanden zijn. Ter nadere informatie zijn als bijlagen (6, 7, en 8) opgenomen de factsheets die de GGD recentelijk rondom deze onderwerpen heeft uitgebracht.

De gekozen speerpunten worden hieronder uitgewerkt.

Per speerpunt wordt aangegeven wat de gemeentelijke plannen zijn voor de komende jaren. De aanpak van de onderwerpen verschilt weliswaar, maar er is wel een gemeenschappelijk item; "nee leren zeggen". Weet waar je grenzen liggen.

Tijdens de weerbaarheidstrainingen die de afgelopen jaren (en ook dit jaar) op alle basisscholen in onze gemeente worden gegeven, dient hier aandacht voor te zijn. In de loop van het schooljaar 2007 / 2008 worden de huidige trainingen geëvalueerd. Met ingang van het schooljaar 2008 / 2009 kunnen eventueel andere accenten in de trainingen worden ingebracht.

Voorts dienen we ons te realiseren dat de gemeente Koggenland enigszins beperkt wordt bij het opzetten van beleid op deze terreinen omdat veel interventies gericht zijn op de leerlingen in het voortgezet onderwijs. Aangezien onze gemeente die onderwijsvorm niet kent, dienen wij ons dus vooral te richten op de lagere scholen en algemene informatieverstrekking.

Alcohol

Veel mensen drinken alcohol. Bij de meeste mensen is het gebruik gematigd, maar bij een deel is het gebruik langzamerhand overgegaan in overmatig gebruik, probleemgebruik, misbruik of zelfs afhankelijkheid. Het overmatig gebruik van alcohol brengt een scala aan problemen met zich mee. Naast (het risico op) verslaving en de lichamelijke en psychische gevolgen hiervan voor de betrokkene zelf worden ook andere problemen zoals verkeersongevallen, overlast en criminaliteit geassocieerd met overmatig alcoholgebruik.

Jaarlijks overlijden in Nederland minstens 800 personen direct als gevolg van overmatig alcoholgebruik; hiervan komt 60% voor rekening van leverziekten. Hoewel matig alcoholgebruik beschermt tegen coronaire hartziekten en beroerte, zijn de schadelijke gevolgen van een overmatig alcoholgebruik talrijker.

Alcoholverslaving of alcoholafhankelijkheid behoort tot de top-10 van gezondheidsproblemen.

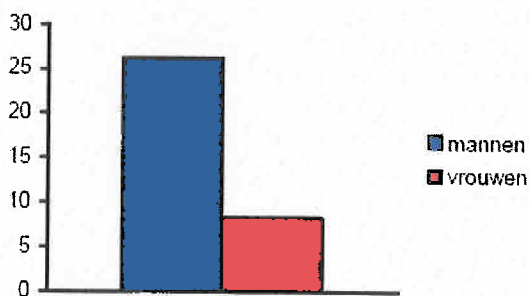
88% Van de volwassenen in West-Friesland gebruikt (wel eens) alcohol; 91% van de mannen drinkt alcohol en 84% van de vrouwen. 13% Drinkt geen alcohol; ruim de helft van deze groep mensen heeft dit ook nog nooit gedaan. Zwaar alcoholgebruik (minstens één dag per week 6 glazen of meer) komt voor bij 18% van de bevolking in West-Friesland. Dit komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen; van de mannen dronk 26% het laatste halve jaar minimaal één keer in de week zes of meer glazen op één dag, van de vrouwen is dat 8%. Overmatig alcoholgebruik (minimaal drie glazen alcohol per dag) komt voor bij 5% van de bevolking.

Tabel: Alcoholgebruik in West-Friesland (%)

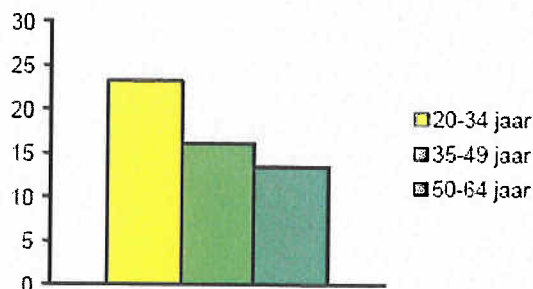
Drinkt niet	12,5
Gebruikt (wel eens) alcohol	87,5
Zwaar alcoholgebruik (minstens 1 dag per week \geq 6 glazen)	17,5
Overmatig alcoholgebruik (\geq 3 glazen per dag)	4,5

Van de gemeenten in West-Friesland hebben de gemeenten Obdam, Opmeer en Wervershoof het hoogste percentage zware drinkers, namelijk 22%, respectievelijk 21% en 21%. In Hoorn en Enkhuizen is het percentage zware drinkers het laagst, namelijk 16%.

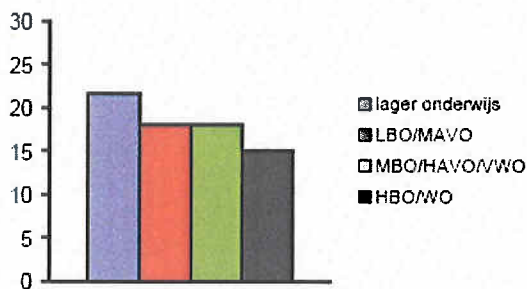
Bij uitsplitsing in drie leeftijdscategorieën blijkt dat in de leeftijdsgroep 20-34 jaar het percentage zware drinkers het hoogst is, namelijk 23%, bij de 35-49 jarigen is 16% een zware drinker en bij de oudste groep, de 50-64 jarigen, drinkt 13% minstens één dag per week 6 glazen alcohol of meer per dag. In de groep hoog opgeleiden (HBO/WO) is het percentage zware drinkers het kleinst, namelijk 15%. In de groep met alleen lager onderwijs is 22% een zware drinker, in de groep met LBO/MAVO-opleidingsniveau is 18% een zware drinker, evenals in de groep met een opleiding op MBO/HAVO/WVO-niveau.



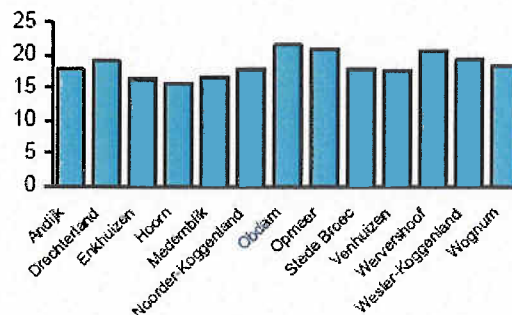
Figuur 6.2.1 Zwaar alcoholgebruik naar geslacht (%)



Figuur 6.2.2 Zwaar alcoholgebruik naar leeftijd (%)



Figuur 6.2.3 Zwaar alcoholgebruik naar opleiding (%)



Figuur 6.2.4 Zwaar alcoholgebruik naar gemeente (%)

Samenvatting alcoholgebruik

- 88% Van de volwassenen in West-Friesland gebruikt (wel eens) alcohol.
- Zwaar alcohol gebruik (minstens één dag per week zes glazen of meer) komt voor bij 18% van de bevolking in West-Friesland; 26% van de mannen en 8% van de vrouwen is een zware drinker.
- In de leeftijdsgroep 20-34 jarigen is 23% een zware drinker, in de categorie 35-49 jarigen is 16% een zware drinker en in de groep 50-64 jaar is dit percentage 13%.
- Het percentage zware drinkers is het laagst in de hoogst opgeleide groep (15%). In de groepen met LBO/MAVO-opleidingsniveau en MBO/HAVO/WO-opleidingsniveau is 18% een zware drinker en in de groep met alleen lager onderwijs is 22% een zware drinker.

