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 maatwerkgelden.

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 aangeven 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 test 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 volksgezondheidsterrein, 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 deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg (zie bijlage 4).

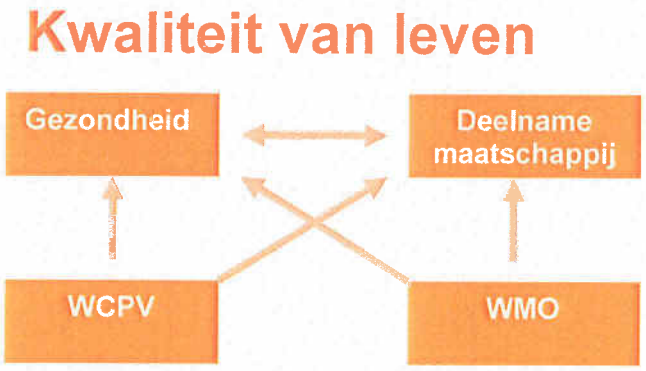
De meeste taken zijn centraal geregeld. Van alle Wcpv taken die de GGD uitvoert, zijn er een aantal taken waarover de gemeente meer regie heeft. Dit zijn met name: het maatwerk deel binnen de Jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde, beleidsadvisering, epidemiologie (gedeeltelijk) en gezondheidsbevordering.

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 Wcpv begeeft zich met name op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. 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.



Wcpv en WMO; onmisbare pijlers voor kwaliteit van leven.

1.4. Belang van preventie

De relatie tussen de Wcpv 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 locale 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 bezien 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 dat 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.

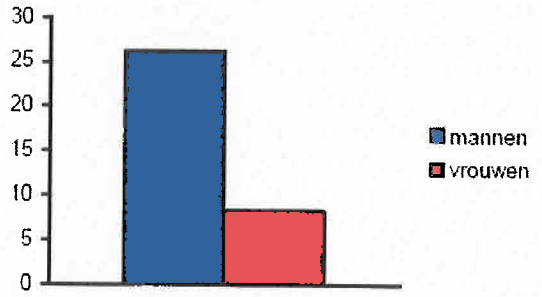
88% Van de volwassenen in West-Friesland gebruikt (wel eens) alcohol; 91% van de mannen drinkt alcohol en 84% van de vrouwen. 13% Drinkt geen alcohol; ruim de helft van deze groep mensen heeft dit ook nog nooit gedaan. Zwaar alcoholgebruik (minstens één dag per week 6 glazen of meer) komt voor bij 18% 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 ≥ 6 glazen)	17,5
Overmatig alcoholgebruik (≥ 3 glazen per dag)	4,5

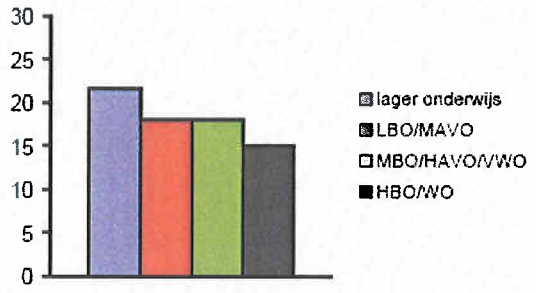
Van de gemeenten in West-Friesland hebben de gemeenten Obdam, Opmeer en Wervershoof het hoogste percentage zware drinkers, namelijk 22%, respectievelijk 21% en 21%. In Hoorn en Enkhuizen is het percentage zware drinkers het laagst, namelijk 16%.

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/VWO-niveau.

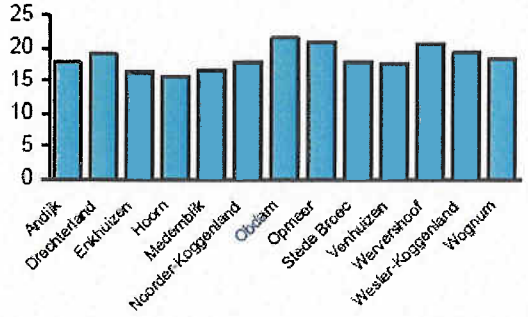


Figuur 6.2.1 Zwaar alcoholgebruik naar geslacht (%)

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 volwassen 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/VWO-opleidingsniveau is 18% een zware drinker en in de groep met alleen lager onderwijs is 22% een zware drinker.

Roken

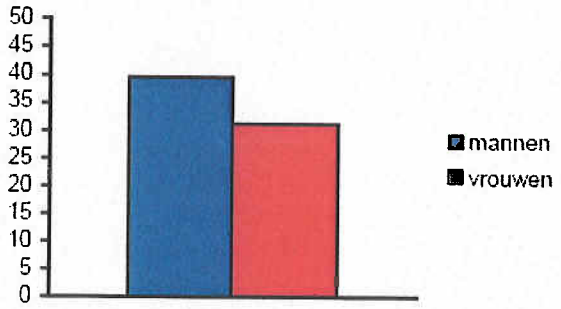
Roken is slecht voor de gezondheid. In 2000 overleden in Nederland bijna 21.000 mensen aan de gevolgen van roken. Roken is bij mensen boven de 20 jaar verantwoordelijk voor de helft van de totale sterfte aan longkanker, COPD, coronaire hartziekten en beroerte. Ook zijn er sterke bewijzen voor het feit dat roken tijdens de zwangerschap en na de geboorte het risico vergroot op zuigelingensterfte en wiegendood.
Roken gaat gepaard met een slechtere kwaliteit van leven. Passief roken verhoogt de kans op longkanker. Jaarlijks overlijden in Nederland door passief roken 110 tot 270 mensen aan longkanker. De levensverwachting bij geboorte is voor (toekomstige) rokers 69,7 jaar en voor niet-rokers 77 jaar bij mannen. Bij vrouwen is de levensverwachting voor rokers 75,6 jaar en voor niet-rokers 81,6 jaar.

In West-Friesland rookt 35% van de bevolking in de leeftijd 20-64 jaar; 4% van de bevolking is een zware roker, dat wil zeggen dat hij of zij meer dan 20 sigaretten per dag rookt. Tussen de dertien gemeenten zijn er verschillen wat betreft het percentage rokers: dit varieert van 27% in Obdam tot 44% in Medemblik.

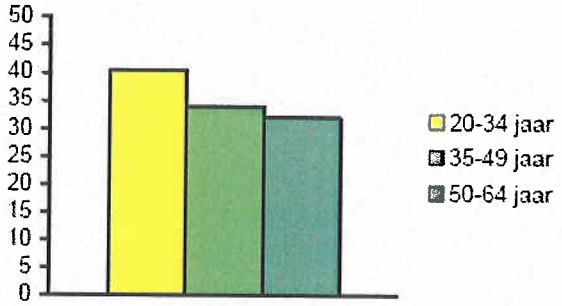
Rokers naar aantal sigaretten per dag (%)

Rookt niet	64,9
1 t/m 10 sigaretten	14,9
11 t/m 20 sigaretten	12,5
21 t/m 30 sigaretten	3,0
31 t/m 40 sigaretten	0,5
Meer dan 40 sigaretten	0,1
Rookt wel, geen sigaretten	3,4
Rookt wel, rookwaar onbekend	0,7

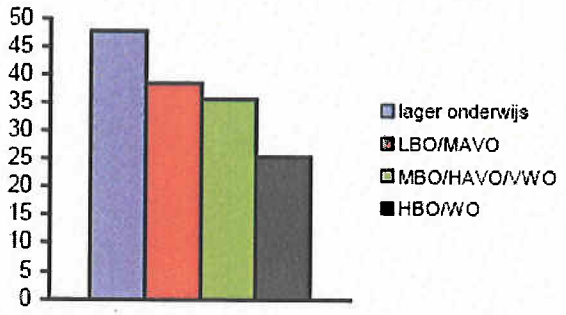
Meer mannen dan vrouwen roken; dit verschilt niet van het landelijke beeld. Van de mannen rookt 39% en van de vrouwen 31%. Van de mannen is 4% een zware roker, van de vrouwen 3%.



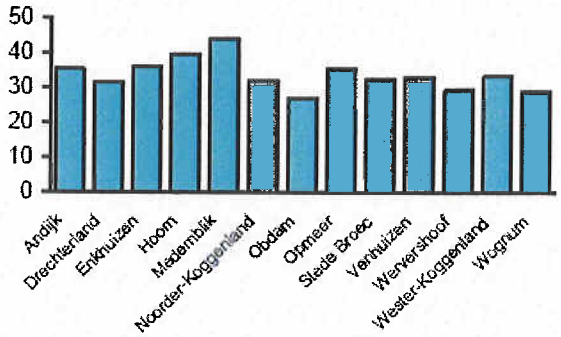
Figuur 5.2.1 Roken naar geslacht (%)



Figuur 5.2.2 Roken naar leeftijd (%)



Figuur 5.2.3 Roken naar opleiding (%)



Figuur 5.2.4 Roken naar gemeente (%)

Bij uitsplitsing in drie leeftijdscategorieën blijkt dat in de leeftijdsgroep 20-34 jarigen het percentage rokers het hoogst is (41%). In de oudste leeftijdsgroep (50-64 jaar) wordt het minst gerookt, namelijk door 32%. In de leeftijdsgroep 35-49 jaar rookt 34%. De piek ligt bij de 25-29 jarigen; 47% rookt. Het laagste percentage rokers wordt gevonden bij de 55-59 jarigen, namelijk 27%.
Het percentage zware rokers is in de leeftijdsgroep 20-34 jaar 3%, in de leeftijdscategorie 50-64 jaar eveneens 3% en bij de 35-49 jarigen is 5% een zware roker.

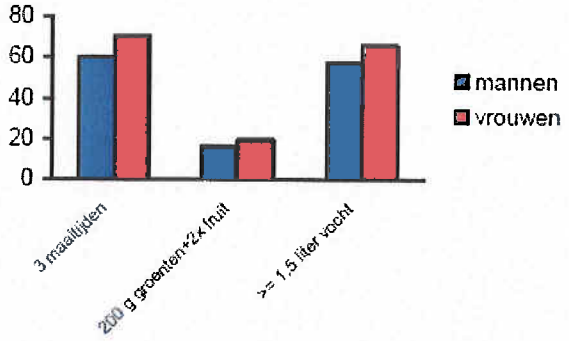
Rookgewoonten verschillen aanzienlijk tussen laag en hoog opgeleiden. In West-Friesland rookt 48% van de laagopgeleiden (geen of alleen lager onderwijs) en 25% van de hoogopgeleiden (HBO/WO). Het percentage zware rokers is onder laagopgeleiden eveneens veel hoger dan onder hoogopgeleiden, namelijk 10% t.o.v. 2%.

<u>Samenvatting roken</u>
- In West-Friesland rookt 35% van de bevolking van 20-64 jaar.
- Het percentage zware rokers (meer dan 20 sigaretten per dag) is 4%.
- Van de mannen rookt 39% en van de vrouwen rookt 31%.
- In de leeftijdscategorie 20-34 jaar is het percentage rokers het hoogst, namelijk 41%. In de leeftijdscategorie 35-49 jaar rookt 34% en in de leeftijdscategorie 50-65 jaar rookt 32%.
- Het verschil in rookgedrag tussen hoog- en laagopgeleiden is groot. Van de hoogopgeleiden (HBO/WO) rookt 25% en van de laagopgeleiden (geen of alleen lager onderwijs) rookt 48%.

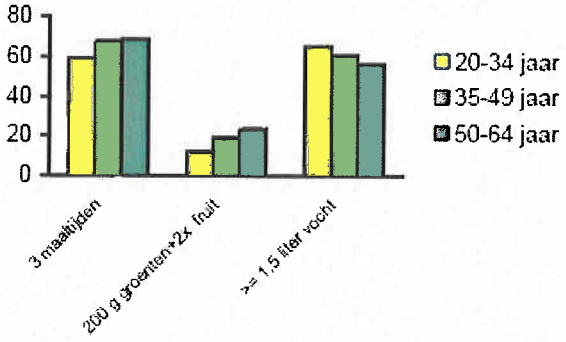
Overgewicht
Op de vraag wat iemand het belangrijkst vindt in het leven, luidt het antwoord vaak: "een goede gezondheid". Ieder mens is medeverantwoordelijk voor zijn of haar eigen gezondheid en elke burger maakt van jongs af aan telkens keuzes om al dan niet gezond te leven.

Bij overvoeding (maar ook bij chronische ondervoeding) is de inname van voedingsstoffen niet optimaal voor het functioneren van het lichaam; dit kan leiden tot ziekte en voortijdige sterfte. Ondervoeding en voedingstekorten komen in Nederland vrijwel alleen nog voor bij speciale groepen, zoals zwangeren, ouderen en chronisch zieken. Bij een groot deel van de bevolking is eerder sprake van overvoeding. Dit verhoogt het risico op overgewicht. Een ongezond voedingspatroon heeft grote gevolgen voor de gezondheid. Het is een belangrijke risicofactor voor een aantal ziekten en aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten, kanker en diabetes mellitus type 2 (ook wel ouderdomssuikerziekte genoemd).
Het risico op hart- en vaatziekten neemt toe door een voeding die rijk is aan verzadigd vet en arm aan groenten en fruit. Een lage consumptie van groenten en fruit geeft ook een hoger risico op vele vormen van kanker.
Het aantal mensen met overgewicht neemt snel toe.
Een eenmaal bereikt overgewicht is erg moeilijk te behandelen. Preventie op jonge leeftijd kan veel problemen voorkomen en een aanzienlijke gezondheidswinst opleveren. Onderdeel van de preventie is het bevorderen van voldoende beweging.

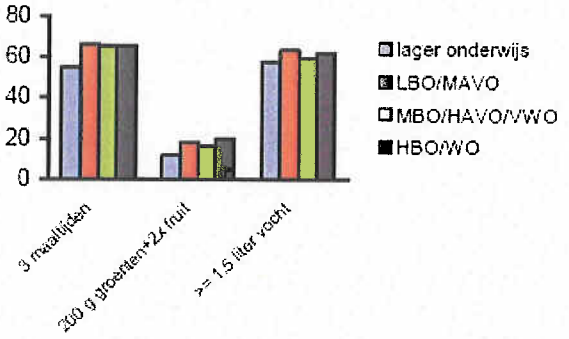
Onderstaande tabellen geven inzicht in de voedingsgewoonten naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau in onze regio.



Figuur 7.2.3.1 Dagelijks voedingsgewoonten naar geslacht (%)



Figuur 7.2.3.2 Dagelijkse voedingsgewoonten naar leeftijd (%)



Figuur 7.2.3.3 Dagelijkse voedingsgewoonten naar opleiding (%)

De maat die aangeeft of het lichaamsgewicht in balans is met de lengte, wordt Body Mass Index (BMI) genoemd. Om de BMI te bepalen wordt het gewicht gedeeld door de lengte in het kwadraat.
Op grond van de BMI is een verdeling te maken in vier categorieën: ondergewicht (BMI<18,5), normaal gewicht (18,5<BMI<25), overgewicht (25<BMI<30) en ernstig overgewicht (BMI>30).
Bij volwassenen is sprake van een normaal gewicht bij een BMI tussen 18,5 en 25. Er is sprake van matig overgewicht bij een BMI tussen 25 en 29,9. Er is sprake van hoger overgewicht (obesitas) boven de 30.

Overgewicht en in het bijzonder obesitas (ernstig overgewicht) dragen bij aan chronische aandoeningen zoals diabetes (type 2), hart- en vaatziekten, aandoeningen van de galblaas, aandoeningen van het bewegingsapparaat en verschillende vormen van kanker. Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven.
Overgewicht is dus een groot probleem voor de volksgezondheid. Er zijn verschillende factoren te noemen voor het ontstaan van overgewicht. Eén van de oorzaken ligt in erfelijke factoren. Aangezien deze door de tijd heen vrijwel stabiel zijn, kunnen ze niet de verklaring vormen voor de sterke toename in overgewicht die de laatste jaren is opgetreden. Hiervoor valt eerder te denken aan veranderingen in leefstijl: ongezonde voeding met een hoge energiedichtheid, onvoldoende bewegen, veel zittende activiteiten, alcoholgebruik en dergelijke. In feite is de belangrijkste oorzaak van overgewicht een disbalans tussen energie-inname (voeding) en energieverbruik (lichamelijke activiteit).

Hoewel de materie ingewikkeld is, kan de gemeente veel doen aan preventie. Daarom verdient preventie van overgewicht structurele aandacht in het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Samenvatting overgewicht

- Ruim één op de drie volwassenen (35%) in West-Friesland voldoet niet aan de norm van drie hoofdmaaltijden per dag. Met name het ontbijt wordt vaak overgeslagen: één op de tien gebruikt (11%) nooit het ontbijt.
- Oudere volwassenen (50-64 jaar) eten vaker drie keer per dag een hoofdmaaltijd dan jongere volwassenen (20-34 jaar), namelijk 68% ten opzichte van 59%.
- Minder dan één op de vijf volwassenen (18%) gebruikt voldoende groenten (200 gram per dag) én voldoende fruit (2 stuks per dag); vrouwen gebruiken iets vaker voldoende groenten en fruit dan mannen, namelijk 20% van de vrouwen en 17% van de mannen.
- De aanbevolen vochtinname van 1½ liter per dag wordt door ruim 60% van de respondenten gehaald. Vrouwen gebruiken vaker voldoende vocht dan mannen (66% respectievelijk 57%).
- Voor de drie onderzochte voedingsgewoonten geldt dat met name mannen, jonge volwassenen en mensen met een laag opleidingsniveau,gemiddeld ongezonder eten.
- Overgewicht draagt bij aan vele ziekten en vormt daardoor een groot probleem voor de volksgezondheid.

Hoofdstuk 4: Uitwerking van de lokale speerpunten

De gemeente Koggenland heeft op dit moment nog geen vastomlijnde plannen om de doelstellingen die zij bij de diverse speerpunten heeft, te bereiken. Het is overigens ook niet mogelijk om alle drie gekozen speerpunten voor het lokale gezondheidsbeleid gelijktijdig op te pakken.
Als eerste wordt de alcoholpreventie opgepakt.
Voor het schooljaar 2008/2009 staat de aanpak van roken gepland.
Een schooljaar later kan dan het overgewicht worden opgepakt.
Het in tijd spreiden van de speerpunten biedt de gemeente de mogelijkheid alle onderwerpen goed op te pakken, het werk te spreiden en goed in te plannen. Bovendien kunnen de benodigde middelen op deze wijze beter en gericht worden ingezet.

Met het lokale beleid wil de gemeente gedragsveranderingen nastreven. Omdat dat niet van de ene op de andere dag zal plaatsvinden, kunnen de doelen het best op drie niveaus worden geformuleerd; beleid op de korte, de middellange en de lange termijn.
Per gekozen speerpunt zal zoveel mogelijk worden geprobeerd vorenstaande indeling te hanteren bij het formuleren van de doelen.

In de begroting van 2008 is voor elk van deze aanbevelingen een bedrag opgenomen van € 5.000. Voor het totale speerpuntenbeleid is dus € 15.000 opgenomen. Uitruil tussen de speerpunten is mogelijk. Ook vanaf 2009 zal voor het speerpuntenbeleid een bedrag op de begroting worden opgenomen.

Alcohol

In de regio is het Platform Leefstijl actief. Het platform heeft ondermeer een alcoholmatigingsbeleid opgesteld. Doelgroep daarvan zijn de jongeren van 10 tot en met 18 jaar.

Bij het opstellen van een regionaal en/of lokaal alcoholmatigingsbeleid voor jongeren is het van belang om de problematiek breed te benaderen. Alcoholmatiging is namelijk niet te bereiken via één oplossing. Een pakket van maatregelen heeft meer kans van slagen dan een enkele maatregel. Enkel voorlichting aan ouders bijvoorbeeld is een te geïsoleerde actie om effect te behalen.
Voor de beïnvloeding van houding en gedrag zullen daarom verschillende instrumenten naast elkaar worden ingezet. Naast voorlichting ook wetgeving, handhaving en zelfregulering. Zo wordt gekozen voor een aanpak waarbij verschillende maatregelen een elkaar versterkend effect kunnen hebben.

Intermediaire groepen om het doel en de jongeren te bereiken zijn de volwassenen die met de jongeren te maken hebben, zoals ouders, leerkrachten, jeugd- en jongerenwerk, GGD, politie, Brijder verslavingszorg, medewerkers in (sport)kantines, winkeliers en horecamedewerkers.
Alcohol is echter een moeilijk onderwerp om beleid op te maken omdat de meeste ouders alcohol tolereren, zowel thuis als buiten de deur. Een lange adem is nodig. Bovendien hebben maatregelen ook continuïteit nodig om effect te hebben.

Bij de E-MOVO's (Electronisch Monitoring en Voorlichting Onderzoek) van de GGD kan worden beoordeeld of de doelstellingen worden gehaald.

Doelgroep en doelstelling

De algemene doelstelling van het beleid is om alcoholmatiging te bevorderen waardoor alcoholgebruik onder de jongeren van 10 – 18 jaar binnen vier jaar wordt gestabiliseerd en zo mogelijk teruggedrongen. Dit klinkt alsof de huidige situatie acceptabel is, maar feit is dat het alcoholgebruik nog steeds toeneemt. Als de stijging minimaal tot staan wordt gebracht, is de eerste stap gezet. Uiteraard zet de gemeente in op terugdringing van het gebruik.
De doelstelling als hierboven aangegeven houdt in, dat:

1. de grootte van de groep (10 – 18 jaar) die drinkt in 2010 niet groter zal zijn dan in 2006.
2. de startleeftijd waarop voor het eerst alcohol gedronken wordt in 2010 niet lager zal zijn dan in 2006.
3. de totale consumptie van alcohol door de groep 10 – 18 jaar in 2010 niet toeneemt ten opzichte van 2006.

Om dit te bereiken is het noodzakelijk dat:

- Ouders erkennen dat kinderen te veel alcohol drinken.
- Ouders en jongeren bewust worden van de schadelijke gevolgen voor de gezondheid van alcoholgebruik op jonge leeftijd.
- De omgeving van jongeren (sportkantines, horeca, winkels e.d.) minder alcoholvriendelijk wordt.

Aanbevelingen:
Op het gebied van alcoholpreventie is een veelheid aan activiteiten mogelijk. Op basis van de regionale nota "Alcohol?..... nog ff niet", kiest de gemeente er voor de onderstaande aanbevelingen op te pakken.
Van een aantal aanbevelingen is duidelijk hoe ze uitgewerkt gaan worden. In die gevallen is dat aangegeven. Van andere is dat nog niet bekend. Daar staat de aanbeveling dan ook in wat algemenere termen omschreven.

Omdat alcohol(preventie) zijn invloed heeft op de regelgeving van de Drank- en Horecawetgeving en de APV, zal veel uitgewerkt moeten worden in overleg met de afdeling Bestuurszaken. De onderstaande aanbevelingen zijn inmiddels met deze afdeling besproken. Na vaststelling van dit beleidsplan zullen de aanbevelingen worden uitgewerkt.

Voor de korte termijn:
Aanbeveling 1:
Betere coördinatie van preventieactiviteiten

De verschillende organisaties en instellingen die zich bezighouden met voorlichting over alcoholgebruik moeten afspraken maken om hun activiteiten en campagnes zoveel mogelijk op elkaar te laten aansluiten. Tijdens de bijeenkomsten van het (regionale) Platform Leefstijl zal dit punt regelmatig worden geagendeerd om elkaar te informeren over bestaande en nieuwe activiteiten zodat nog beter kan worden samengewerkt.
Regionaal zal worden voorgesteld alle gemeenten een intentieverklaring te laten tekenen. Dit kan een begin zijn voor een meerjarige regionale aanpak van de alcoholproblematiek.

Actie: *afdeling welzijn*
Tijdpad: *2008*

Aanbeveling 2:
Stimuleren van bewustwording

Om het probleembesef en de kennis onder zowel de jongeren als de ouders en opvoeders te vergroten, gaat de gemeente een bewustwordingscampagne opzetten. Via verschillende kanalen wordt de doelgroep van informatie voorzien over de gevaren van overmatig alcoholgebruik op jonge leeftijd. Bij de informatieverstrekking zal zoveel mogelijk gebruik gemaakt worden van reeds aanwezig materiaal dat verkrijgbaar is bij het Trimbosinstituut, het NIGZ, STAP*, GGD, enz.

Het Rijk heeft alcohol gekozen als één van de speerpunten in haar preventienota. Mede vanwege de landelijke campagne is het aanbod van artikelen en folders volop in ontwikkeling. In dit beleidsplan wordt divers materiaal genoemd, maar dat moet slechts als indicatief worden gezien. Op het moment dat gestart wordt met de uitwerking van deze aanbevelingen, wordt beoordeeld welk materiaal het best aansluit bij de gemeentelijke wensen en doelstelling.

Ouders
- Er wordt een "alcoholbrief" verstuurd naar alle ouders van kinderen in de leeftijd van 10 tot 18 jaar waarin namens de gemeenteraad, de wethouders en de GGD, de ongerustheid wordt uitgesproken over het toenemend alcoholgebruik onder de jeugd.
- Er wordt een brief verstuurd naar alle ouders met kinderen in de leeftijd van 10 tot 18 jaar met daarin informatie en aantal folders, bijvoorbeeld;
    - Brochure Alcohol en Opvoeding (NIGZ)
    - Praten met je kind over alcohol (STAP)
    - Keten en hokken, info voor ouders (STAP)
- Er wordt een artikelenreeks gepubliceerd in de lokale media.
- Via de JGZ wordt aan ouders en kinderen in groep 7 en 8 folders meegegeven over alcohol en opvoeding.

Omgeving
- Er wordt een "alcoholbrief" verstuurd naar alle verstrekkers zoals horeca, sportverenigingen en winkeliers waarin namens de gemeenteraad, de wethouders en de GGD, de ongerustheid wordt uitgesproken over het toenemend alcoholgebruik onder de jeugd .
- Er zal geprobeerd worden een Horecaconvenant af te sluiten.

- Er zullen bijeenkomsten/discussieavonden worden belegd met besturen van sportverenigingen waarin de hier vermelde aanbevelingen onder de aandacht worden gebracht.
- Basisonderwijs
In samenwerking met Brijder en GGD zal het project "Alcohol een ander verhaal" op alle basisscholen in West-Friesland worden geïntroduceerd. Vast onderdeel van het project is dat de ouders worden benaderd via een ouderavond.

Jongeren
- Brief sturen naar jongeren (15 tot 18 jaar) met informatie over alcohol en de folder "Test jezelf" (NIGZ; Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie).
- De jongerenwerkers contacten laten onderhouden / opzetten met de "keetjongeren". Nadat het vertrouwen is gewonnen kan geprobeerd worden de "boodschap" over te brengen.
- De jeugd kan interactief geprikkeld worden om met ideeën te komen en suggesties te doen over hoe kan worden bewerkstelligd dat jongeren bewuster omgaan met alcohol.

Ouders en jongeren
Een mogelijkheid is om themabijeenkomsten voor ouderen en voor jongeren te organiseren. Thema avonden met informatie en discussie vergroten de kennis en bieden ouders handvatten om op een juiste wijze met hun kinderen te praten over alcoholgebruik. In 2007 zijn inmiddels diverse avonden over dit onderwerp georganiseerd. De opkomst was erbarmelijk. De indruk bestaat dat er een "overkill" is aan avonden over dit onderwerp. In 2006 zijn namelijk al diverse, overigens wel goed bezochte, avonden georganiseerd als onderdeel van de puber-ouder cursussen.

Actie: *afdeling welzijn*
Tijdpad: *2008 en later*

Voor de middellange termijn:
Aanbeveling 3:
Bestuursreglementen

De (sport)verenigingen die een kantine in eigen beheer hebben, worden verzocht hun bestuursreglement aan te passen op de punten die betrekking hebben op het verstrekken van alcohol. Omdat in het bestuursreglement is vastgelegd op welke uren alcohol geschonken mag worden, dient de gemeente bij de controle van het reglement te beoordelen of de alcoholverstrekking verantwoord geschiedt. Eventueel kan zij daarin sturen.
Om te bewerkstelligen dat er minder alcohol in de (sport)kantines geschonken wordt, zal de gemeente regelmatig moeten controleren of de vereniging zich aan het bestuursreglement houdt. Bij niet naleving van de regels moet beoordeeld worden welke sanctie toegepast wordt.

Actie: *afdeling Welzijn in samenwerking met afdeling Bestuurszaken*
Tijdpad: *2e helft 2008*

Aanbeveling 4:
Instructie verantwoord alcohol schenken (IVA)

Er moet worden afgesproken met de leidinggevenden van (sport)kantines dat alle vrijwilligers die alcohol schenken, de IVA volgen. Daarna moet regelmatig gecontroleerd worden of de vereniging een registratie bijhoudt van de geïnstrueerde barvrijwilligers.
Daarnaast in overleg met de besturen van de (sport)verenigingen discussieavonden voor kantinemedewerkers organiseren waarin informatie over jongeren en alcoholgebruik wordt gegeven.

De discussie kan gaan over:

- ken je de regels die in het bestuursreglement staan en hoe voer je ze uit;
- grenzen van alcoholgebruik, spreek je jongeren aan die (te) (veel) drinken, en hoe doe je dat;
- het belang van een goed voorbeeld geven.

Actie: *afdeling Welzijn in samenwerking met afdeling Bestuurszaken*
Tijdpad: *2e helft 2008*

Aanbeveling 5:
Voorwaarden stellen bij subsidieverlening

In de beleidsregels in het vrijwilligerswerk, jeugd en jongerenwerk moeten criteria worden opgenomen hoe voor subsidieverlening in aanmerking gekomen kan worden ten aanzien van alcoholmatigingsbeleid. Een mogelijkheid is alleen te subsidiëren als er geen alcohol wordt geschonken.

Actie: *afdeling Welzijn is samenwerking met afdeling Bestuurszaken*
Tijdpad: *2e helft 2008*

Aanbeveling 6:
Beheer en verhuur accommodaties

De gemeente dient te bepalen wat de gewenste beheersvorm is van de gemeentelijke accommodaties ten aanzien van het beperken van het schenken van alcohol. Vooral jongerencentra en (sport) kantines, die zowel door kinderen, jongeren als volwassenen bezocht worden en waar van het gedrag van ouders en buurtbewoners een belangrijke voorbeeldfunctie uitgaat), verdienen in dit verband bijzondere aandacht. Dit zijn bij uitstek de plaatsen om de boodschap van verantwoord alcoholgebruik onder de aandacht van jongeren te brengen.
Een schenkverbod of de verplichting tot het voeren van een alcoholontmoedigingsbeleid kan financiële gevolgen hebben voor een groot deel van niet-commerciële instellingen en sportclubs. De verkoop van alcoholhoudende dranken maakt namelijk vaak een groot deel uit van de omzet, waardoor de baromzet in belangrijke mate bepalend is voor de omvang van de verenigings- of activiteitenkas en de begroting. Daarom moet niet worden ingezet op een verbod, maar moeten de instellingen en clubs worden aangesproken op een verantwoord omgaan met het schenken van alcohol (zie stimuleren van bewustwording -aanbeveling 2-).

Actie: *afdeling Welzijn in samenwerking met afdeling Bestuurszaken*
Tijdpad: *2009*

Voor de lange termijn:
Aanbeveling 7:
Juridische mogelijkheden Drank- en Horecawet benutten

Om uiteindelijk wet- en regelgeving te kunnen laten bijdragen aan het alcoholmatigingsbeleid is het van belang dat de mogelijkheden die worden geboden, voldoende worden benut!
De regelgeving vanuit de Drank- en Horecawet is een vaststaand gegeven.
De gemeente is weliswaar het vergunningverlenende bestuursorgaan maar de relatie ten opzichte van de wet is gebaseerd op medebewind. Toch biedt de Drank en Horecawet aanknopingspunten om op lokaal niveau alcoholmatiging te beïnvloeden.
De gemeente kan een gemeentelijke Drank- en Horecaverordening opstellen waarmee het beleid ten aanzien van alcoholgebruik en horecalokaliteiten wordt vastgelegd. Deze verordening dient dan te worden beperkt tot de bepalingen in het kader van alcoholmatiging. De aspecten van openbare orde dienen in de APV te blijven.

Er kan een sanctiebeleid worden opgesteld waarin wordt vastgelegd hoe overtredingen bestraft worden (bijvoorbeeld 1e overtreding is boete, 2e overtreding is tijdelijke sluiting en 3e overtreding is intrekking van de vergunning).
In de Drank- en Horecaverordening, kunnen naast bepalingen over het verstrekken van verschillende soorten alcohol, leeftijdsgrenzen worden opgenomen voor het betreden van de horecalokaliteiten.

Het verdient overigens aanbeveling de bepalingen uit de Drank- en Horecaverordening af te stemmen met buurgemeenten. Dit levert een transparanter beeld op en zal, bijvoorbeeld als het gaat om leeftijdsgrenzen, voorkomen dat de doelgroep zich gaat verplaatsen. Ook de handhavingsmogelijkheden worden daardoor bevorderd.

Actie: *afdeling Bestuurszaken in samenwerking met afdeling Welzijn*
Tijdpad: *2009*

Aanbeveling 8:
APV

De APV bevat een aanzienlijk aantal bepalingen dat alcohol aangaat, vooral vanuit het oogpunt van openbare orde. Het is voor de handhaafbaarheid van belang dat de APV juridisch correct (en actueel) is, bijvoorbeeld ook met betrekking tot sluitingstijden en een algemeen verbod op straat.
Ook dit verdient aanbeveling af te stemmen met buurgemeenten.
In de APV kan een beperkende bepaling worden opgenomen voor alcoholreclame, zodat er een mogelijkheid is reclamevergunningen voor alcoholreclames te weigeren. Uit het oogpunt van alcoholmatiging is het namelijk ongewenst om alcoholgerelateerde reclame te hebben in een omgeving waar veel jongeren komen.

Actie: *afdeling Bestuurszaken in samenwerking met afdeling Welzijn*
Tijdpad: *2009*

Aanbeveling 9:
Preventieve handhaving

De gemeente dient zorgvuldig om te gaan met vergunningverleningen. Een vergunning mag pas worden afgegeven indien aan alle gestelde voorwaarden wordt voldaan. Een vergunning kan voor een beperkte tijd, bijvoorbeeld twee jaar, worden afgegeven. Hiermee geeft de gemeente zichzelf de mogelijkheid om bijvoorbeeld structureel overtredende lokaliteiten een nieuwe vergunning te weigeren.

De wet- en regelgeving dient onder de aandacht te worden gebracht en handhavingsacties moeten worden aangekondigd.
Ook nieuwe beleidsontwikkelingen moeten worden gepubliceerd. Wanneer de gemeente namelijk verwacht dat betrokken partijen de gestelde regels naleven, dan mogen de betrokken partijen van de gemeente verwachten dat ze actueel geïnformeerd blijven. Om dit te realiseren moeten handhavingsacties onderdeel gaan uitmaken van de bewustwordingscampagne.

Actie: *afdeling Bestuurszaken*
Tijdpad: *2009*

Aanbeveling 10:
Repressieve handhaving

Handhaving vindt plaats op grond van de Drank- en Horecawet, APV en Drank- en Horecaverordening
Een probleem bij repressieve handhaving van regelgeving uit de Drank- en Horecawet en de APV is dat er verschillende autoriteiten belast zijn met de handhaving van deze regelgeving. Vaak ontbreekt het aan personeelscapaciteit om alles te controleren.
Er zou toenadering gezocht moeten worden met het handhavingsteam van de Voedsel en Waren Autoriteit om zo gecoördineerd lokaliteiten te controleren op de aanwezigheid van de vergunning en de naleving daarvan.
Er zou een handhavingsprogramma opgesteld moeten worden dat gericht is op de doelgroep van het alcoholmatigingsbeleid. Overtredingen aangaande de doelgroep zoals leeftijdsgrenzen zullen dan prioriteit moeten krijgen. Er dienen prioriteiten gesteld te worden met betrekking tot handhaving. Het is immers beter om een paar regels daadwerkelijk te handhaven dan om veel regels niet te (kunnen) handhaven. Gedoogsituaties moeten worden vermeden. Eén gedoogsituatie levert meer precedentenwerking op dan 100 succesvolle handhavingsacties.

Bestemmingsplan
In de gemeente is een aantal "keten" gevestigd. Deze keten zijn, voor wat betreft het gebruik, in strijd met de gebruikspalingen van de bestemmingsplannen. Vanuit de horeca komt het verwijt dat de professionele horeca aan steeds meer regels moet voldoen terwijl bijvoorbeeld keten niet worden aangepakt.
Strikte naleving van regels door de professionele horeca kan als effect hebben dat het keetgebruik toeneemt. Wanneer bijvoorbeeld alle horecalokaliteiten de leeftijdsgrenzen voor toegang naleven, zullen personen die niet worden toegelaten elders hun vertier zoeken. Een keet is dan voor deze doelgroep een alternatief, voor de gemeente is het dat niet.
Hoewel in Obdam één keet een "gedoogvergunning" heeft (tot medio 2010), moet ervoor worden gewaakt dat er in de gemeente meer keten ontstaan.
Bij de "gedoogde keet" in Obdam is overigens regelmatig contact en overleg tussen de gebruikers en de jeugd- en jongerenwerkster. Bovendien wordt voldaan aan de gestelde (brandveiligheids)eisen.

Uitwerking aanbevelingen alcohol:
In het Platform Leefstijl wordt nader overleg gepleegd over "gemeentegrensoverschrijdende" activiteiten. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld handhaving door de politie, het afstemmen van aangescherpte APV's, drank- en horecaverordeningen, het maken van een "alcoholbrief", het afstemmen van juridische zaken, het opstellen van een horecaconvenant, enzovoorts. Hierbij wordt een medewerker van afdeling bestuurszaken betrokken.

Evaluatie van beleid en activiteiten
Om na verloop van tijd te kunnen nagaan wat de inspanningen in dit werkplan aan resultaten opleveren zal een evaluatie worden uitgevoerd van de verschillende onderdelen. Daarbij wordt enerzijds gekeken naar het proces: zijn de onderdelen volgens planning verlopen en wat heeft bijgedragen aan succes of moeilijkheden? Ook wordt gekeken naar het effect. Hierbij wordt de volgende regionale GGD Gezondheidsmonitor als meetinstrument gehanteerd om de ontwikkelingen van het alcoholgebruik te volgen.
De GGD doet eens in de vier jaar onderzoek naar (ontwikkelingen in) de gezondheid van jongeren van 12 – 18 jaar in de vorm van het E-MOVO. De meest recente versie dateert van 2005 en kan als nulmeting fungeren. In 2009 kan bekeken worden in hoeverre het voorgestelde beleid heeft bijgedragen aan de doelstellingen.

Roken

In de landelijke preventienota wordt aangegeven dat de ambitie is dat in 2010 nog 20% van de bevolking rookt. Nu is dat 28%. Dat is overigens al 2,5% lager dan in 2004 (zie factsheet roken in de bijlage 7). Niet roken moet de sociale norm worden.

Roken is vooral een verslaving. Dat maakt stoppen met roken tot een moeilijke opgave. Veel rokers (40%) geven aan, ooit, te willen stoppen met roken. 14% Heeft zelfs een stopmoment binnen zes maanden in gedachten. Jaarlijks onderneemt bijna één op de vijf rokers een stoppoging. Het gebruik van effectieve stopondersteuning vergroot de kans op succes. Ongeveer een derde deel van de rokers heeft hulpmiddelen gebruikt bij de laatste stoppoging. Om het grote aantal rokers te bereiken moet gebruik gemaakt worden van kanalen met een groot bereik, zoals de massamedia en de huisartsen.
De grote gezondheidsschade van roken vraagt om een stevige aanpak. Omdat de behoeftes nogal verschillen dient het ondersteuningsaanbod gevarieerd te zijn. Het aanbod kan dan ook uiteenlopen van methodes die weinig investering van de roker vergen, zoals brochures, advies op maat via internet en coaching per telefoon, tot methodes die meer tijd en geld kosten zoals de groepstraining "Pakje Kans samen stoppen met roken".

Alleen een samenhangende aanpak langs meerdere lijnen kan het roken verder ontmoedigen en het aantal rokers verminderen. Het Nationaal Programma Tabaksontmoediging bevat veel en uiteenlopende maatregelen om (beginnen met) roken en blootstelling aan tabaksrook verder terug te dringen.

De gemeente wil investeren in het terugdringen van het aantal rokers en meerokers. Concreet richten de inspanningen zich dan op:
- het voorkomen van gaan roken door jongeren
- het voorkomen van meeroken
- het ondersteunen van rokers die willen stoppen met roken.

Hoe een en ander vormgegeven gaat worden is nog niet geheel duidelijk. Wel is duidelijk dat het zwaartepunt van de interventies moet gaan liggen op de laatste klassen van de basisschool en dat voor de ouderen en ouders algemene informatie moet worden verstrekt.

Binnen de regio gaat binnenkort een werkgroep van start die dit onderwerp nader gaat uitwerken. Binnen de regionale werkgroep Lokaal Gezondheidsbeleid is afgesproken dat het eindproduct van deze werkgroep als uitgangspunt gaat dienen voor het antirook-beleid in de gemeenten die roken als speerpunt hebben gekozen.

De werkgroep zal zoveel mogelijk gebruik maken van materiaal wat voorhanden is.
Zo is er bijvoorbeeld de Richtlijn tabakspreventie in het lokaal gezondheidsbeleid, die Stivoro* samen met een aantal gemeenten en GGD'en heeft opgesteld. Deze handleiding bevat praktische informatie om een beleidsplan te maken en beleid daadwerkelijk uit te voeren.
Mogelijkheden voor lokaal tabaksbeleid vanuit deze handleiding zijn:
- afspraken maken en samenwerken met lokale en regionale zorgverleners (huisartsen, verloskundigen, ziekenhuizen, thuiszorginstellingen) over "stoppen met roken advisering" en ondersteuning daarbij;
- mogelijkheden voor doorverwijzing naar gerichte hulpverlening en professionals en publiek hierover informeren;
- afspraken maken over betere bescherming niet-roker (sport, horeca, gemeentelijke instellingen); rookverbod in openbare ruimten
- beschikbare initiatieven (beter) gebruiken op school, in de zorg, de wijk en op het werk.

Ook is er het informatiepakket "Invloed hebben en verantwoordelijkheid nemen" (Stivoro), waarin tips voor ouders zijn opgenomen.

De werkgroep zal zich ondermeer richten op genoemde zaken.

Verder zal zij gebruik maken van de evaluatie van "Dat rookt niet", het project wat de GGD in het schooljaar 2006/2007 in samenwerking met Stivoro en het Copernicus College in Hoorn heeft uitgevoerd op een aantal basisscholen in de regio.
Waar de werkgroep ook rekening mee zal houden is dat kinderen gedrag kopiëren; sociaal gedrag wordt voor een belangrijk deel door observatie aangeleerd.
Rookgedrag van ouders blijkt dan ook voorspellend te zijn voor het rookgedrag van kinderen. Als de ouders roken is de kans groot dat een kind ook met roken begint en dit blijft doen. De moeder lijkt daarin een grotere invloed te hebben dan de vader. Maar als de ouders stoppen met roken heeft dit een beschermende invloed op de kinderen; de kans dat een kind gaat roken wordt hiermee namelijk verkleind. Het bewust maken van de rol van ouders en het geven van concrete tips kan bijdragen aan het voorkomen dat hun kind gaat roken.

Omdat nog niet duidelijk is welke interventies de gemeente zal doen op het gebied van roken, is het niet mogelijk daar een tijdpad bij te maken of een begroting op te stellen. Wel kan worden aangegeven, dat de bedoeling is, dat met ingang van het schooljaar 2008/2009 inspanningen van de basisscholen worden verwacht en dat de overige campagnes ook uiterlijk vanaf het tweede halfjaar 2008 zullen worden opgepakt.

Van belang is dat alle interventies die de gemeente gaat doen op het gebied van roken goed gecommuniceerd moeten worden met de instanties/instellingen die nodig zijn om ze uit te voeren. Te denken valt dan bijvoorbeeld aan de basisscholen en artsen, ook die van de consultatiebureaus. Hun medewerking is van doorslaggevend belang om de te stellen doelstellingen ook werkelijk te behalen.

De doelstellingen van de gemeente zijn:
Voor de korte termijn:
Voorwaarden scheppen voor gedragsverandering; afspraken maken met de basisscholen en de diversen gezondheidszorginstellingen.

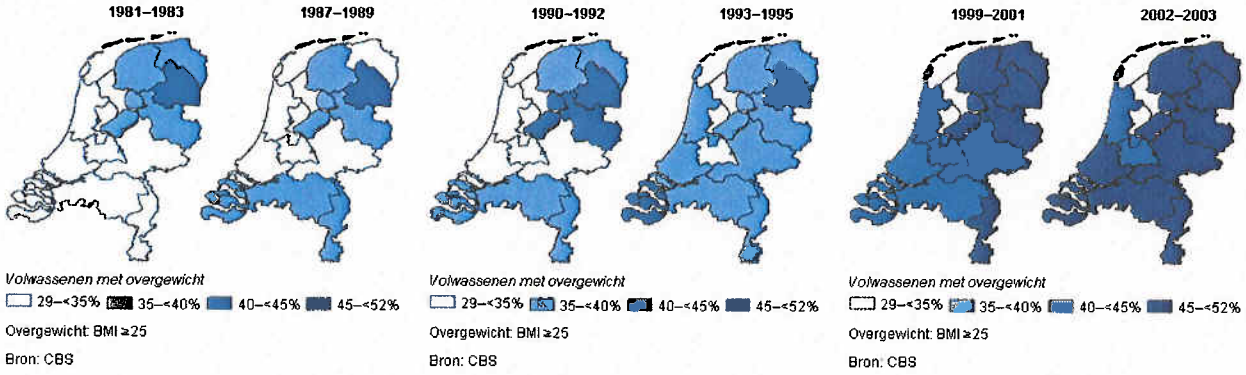
Voor de middellange termijn:
Gedrag positief beïnvloeden; de afspraken (als hiervoor genoemd) effecturen. Op de scholen de interventies uitvoeren met als doelstelling dat de leerlingen niet gaan roken.

Voor de lange termijn:
Gezondheidseffecten bereiken.

Overgewicht

Ongeveer de helft van de volwassenen heeft overgewicht
Na roken levert overgewicht procentueel gezien de grootste bijdrage aan de ziektelast (zie tabel op blz. 11). In Nederland zijn jaarlijks circa 40.000 gevallen van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en kanker en circa 7% van alle sterfgevallen het gevolg van overgewicht.
In de periode 1998-2001 had 55% van de mannen en 45% van de vrouwen tussen 20 en 70 jaar overgewicht. Obesitas (vetzucht, zwaarlijvigheid) kwam bij 10% van de mannen en 12% van de vrouwen voor.
Ook bij kinderen en jongeren komt overgewicht voor. In de periode 2002-2004 had 13.5% van de jongens en 16,7% van de meisjes van 4 tot en met 15 jaar overgewicht. Obesitas kwam voor bij 2,9% van de jongens en 3,3% van de meisjes.

Omgerekend naar Koggenland zou het inhouden dat circa 7.000 personen tussen de 20 en 70 jaar last hebben van overgewicht en bij circa 1.550 sprake is van obesitas.
Voor kinderen in de leeftijdscategorie van 4 t/m 15 jaar zou het betekenen dat circa 560 kinderen last hebben van overgewicht en dat circa 120 kinderen last zouden hebben van obesitas.



Uit bovenstaande overzichten blijkt dat onze regio behoort tot één van de gebieden in ons land met het laagste percentage overgewicht, dit ondanks het feit dat toch ruim 40% van de volwassenen met het probleem te kampen heeft. Daar kunnen we tevreden over zijn, maar het heeft ook de verplichting ons in te zetten om die voorsprong te behouden, of mogelijk te vergroten.

Landelijk wordt een breed pakket van middelen ingezet: wet- en regelgeving, voorlichting (bijvoorbeeld via massamedia campagnes, maatregelen die de omgeving beïnvloeden, het beschikbaar stellen van voorzieningen, het aanbieden van groepsgerichte en "op maat' activiteiten. Doelstelling van de landelijke overheid is dat het percentage volwassenen met overgewicht minimaal gelijk dient te blijven en dat het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.

Het beste resultaat wordt bereikt met een integrale aanpak waarin preventieactiviteiten elkaar ondersteunen en dus versterken, zo mogelijk op verschillende beleidsterreinen tegelijkertijd.
In het kader van preventie van overgewicht gaat het daarbij om:
- het bevorderen van een gezonde leefstijl (voeding en bewegen);
- het positief beïnvloeden van de sociale omgeving (thuis, werk, school en buurt);
- het positief beïnvloeden van de fysieke omgeving (voorzieningen in de woonomgeving, aanbod van gezonde voedingsmiddelen).

De doelstellingen van de gemeente Koggenland zijn:
Voor de korte termijn
Kennisvermeerdering over de gevolgen van overgewicht en vaardigheden waarmee mensen gewichtsstijging kunnen tegengaan. Dit betekent dat structuren en randvoorwaarden ontwikkeld moeten worden voor gezondheidsbevordering.
Er zijn veel organisaties en beroepsgroepen die een aandeel kunnen leveren aan overgewichtpreventie. Te denken valt aan bijvoorbeeld de GGD (jeugdverpleegkundigen, epidemiologen), de thuiszorginstellingen, huisartsen, sportaanbieders, leerkrachten en welzijnswerkers.
Enkele voorbeelden zijn het opnemen van voorlichting over voeding en bewegen in het basispakket van de gezondheidszorg en het beweegvriendelijk inrichten van de woonomgeving. Het is van belang om de afzonderlijke activiteiten van alle organisaties en beroepsgroepen met elkaar in verband te brengen.

Voor de middellange termijn:
Als aan de beleidsdoelen op korte termijn is voldaan, is het reëel om gedragsveranderingen tot stand te willen brengen. Het gaat dan bijvoorbeeld om minder vet eten, meer bewegen en minder zittende activiteiten.

Voor de lange termijn:
Tenslotte is het reëel te verwachten dat de gezondheid van burgers positief kan worden beïnvloed. Het gaat dan om bijvoorbeeld om een daling in het lichaamsgewicht en middelomtrek, of het bewerkstelligen van een lager cholesterolgehalte in het bloed.
Deze effecten zijn op lokaal niveau niet meetbaar binnen een actieperiode. De effecten worden daarom op landelijk niveau gemeten.

Eerder is al aangegeven, dat nog niet is vastgelegd hoe het gewenste beleid daadwerkelijk uitgevoerd gaat worden.
Binnen de regio gaat binnenkort een werkgroep van start die dit onderwerp nader gaat uitwerken. Binnen de regionale werkgroep Lokaal Gezondheidsbeleid is afgesproken dat het eindproduct van deze werkgroep, in de gemeenten die overgewicht als speerpunt hebben gekozen, als uitgangspunt gaat dienen voor het op te stellen beleid.
Een van de zaken waar de werkgroep zal ondermeer mee bezig zal gaan houden is een gezond voedingsbeleid in kantines van sport- en recreatiegelegenheden. Dit kan vorm krijgen door meer energiearme producten aan te bieden. Bij deze maatregel is samenwerking tussen verschillende partijen (kantines, sport en volksgezondheid) noodzakelijk.

Op lokaal niveau zijn op een aantal beleidsterreinen gecombineerde maatregelen mogelijk waarvoor het advies van de regionale werkgroep niet nodig is.
Enige voorbeelden waarvan uit onderzoek is gebleken dat ze heel effectief zijn:
- Het aanleggen van aantrekkelijke wandel- en fietspaden
Een aantrekkelijke wandelomgeving ondersteunt "lunchwandelen" en goede wandel- en fietspaden stimuleren leerlingen om lopend of met de fiets naar school te gaan. Bij dergelijke maatregelen is samenwerking nodig tussen de gemeentelijke afdelingen ruimte en groen, buitendienst, wonen en ontwikkeling en welzijn.
- 'Beweegvriendelijk' maken van schoolpleinen
Schoolpleinen kunnen zodanig worden ingericht dat ze beschikbaar zijn voor naschoolse sport of als speelmogelijkheid in de wijk. Vrije toegang tot zo'n plein is dan wenselijk. Om de haalbaarheid van deze maatregel te vergroten is samenwerking nodig tussen de partijen onderwijs, ruimtelijke ordening, sport, recreatie, volksgezondheid en beheer openbare ruimte.
Aandachtspunt hierbij is het vandalisme buiten de schooluren.
- Inrichten van een gezonde schoolomgeving
Ondermeer door de aanwezigheid van faciliteiten voor lichamelijke activiteit op school komt er een gezonde schoolomgeving. Ook voldoende fietsenstallingen, fietslessen en meer naschoolse sportmogelijkheden horen daarbij.

Samenwerking tussen de gemeentelijke sectoren onderwijs, sport, recreatie, volksgezondheid en ruimtelijke ordening is nodig om deze maatregelen te realiseren.
Hier zit een duidelijke overlap met het Wmo-beleidsplan waarin dergelijke maatregelen ook zijn opgenomen. Om die reden wordt dit hier niet verder uitgewerkt.

Samenvatting

De gemeente is op grond van de Wcpv verplicht iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. In deze nota wordt uiteengezet welke wet- en regelgeving van toepassing is op het gezondheidsbeleid, zowel landelijk, regionaal als lokaal.

De landelijke overheid heeft een preventienota *(Kiezen voor gezond leven)* uitgebracht. Daarin wordt gekozen voor vijf speerpunten, te weten alcohol, roken, overgewicht, diabetes en depressie.
De drie eerst aangegeven speerpunten zijn ook de items waarvoor de gemeente heeft gekozen om de komende beleidsperiode (tot en met 2010) uit te werken.
Uitgelegd wordt waarom de gemeente voor deze onderwerpen heeft gekozen. Daarbij wordt gebruikt gemaakt van de resultaten uit de laatst gehouden gezondheidsenquête van de GGD en de E-Movo's. Een en ander is (ondermeer) vastgelegd in factsheets die als bijlagen zijn bijgevoegd.
Opvolgend worden de lokale speerpunten uitgewerkt.

De gemeente steekt over het algemeen in op de jongeren vanaf het eind van de basisschool. Om die reden zullen de scholen bij de uitwerking van de projecten worden betrokken. Uiteraard wordt ook samengewerkt met de GGD en andere instellingen die in het kader van dit speerpuntenbeleid van belang zijn.

Het onderwerp wat als eerste wordt opgepakt is alcohol.
Voor wat betreft dit onderwerp wordt aangesloten bij de nota "Alcohol?..... nog ff niet", die door het (regionale) "platform Leefstijl" is uitgebracht. In de nota staan diverse aanbevelingen die de gemeente gaat oppakken. Veel van de aanbevelingen betreffen de APV en drank- en horecawetgeving. Om die reden zullen die worden uitgewerkt in samenspraak met de afdeling juridische zaken.

Vanaf het schooljaar 2008 / 2009 wordt het roken opgepakt en met ingang van het schooljaar 2009 / 2010 zal extra aandacht worden geschonken aan het overgewicht.
Voorafgaand aan het specifieke beleid wat hiervoor wordt opgesteld zullen werkgroepen van het (regionale) "platform Leefstijl" actieplannen opstellen die lokaal vormgegeven kunnen worden.

Geprobeerd zal worden de interventies die op basis van deze beleidsnota plaats gaan vinden, dusdanig vorm te geven dat een goede evaluatie kan plaatsvinden.

De uitwerking van deze beleidsnota vraagt een goede organisatiestructuur.
Aangezien het Wmo-beleidsplan en deze nota lokaal gezondheidsbeleid elkaar overlappen, wordt voor beide beleidsterreinen één organisatiestructuur opgezet.

Verklarende woordenlijst

Civil society
Tussen markt en staat bevinden zich in elke samenleving heel veel verschillende vormen waarin mensen samenwerken. Dat brede scala aan activiteiten, organisaties en informele verbanden valt onder de noemer civil society.
De meest gangbare vertaling van civil society is "maatschappelijk middenveld". Overheden, alle overheidsinstanties en staatsorganen, behoren niet tot de civil society. Ook het particuliere bedrijfsleven en alle organisaties met een winstoogmerk vallen buiten het begrip. Het zijn juist kerken, vakbonden, milieuorganisaties, buurtcomités en sportverenigingen die samen de civil society vormen.

Facetbeleid
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 (zie verder pagina 8)

Madivo
Het regionale overlegorgaan op het terrein van Maatschappelijke Dienstverlening en Volksgezondheid. Onderwerpen op deze terreinen die in alle regiogemeenten aan de orde zijn, worden besproken in een poging gelijkgestemd beleid te verkrijgen.

RIVM
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
Dit is het onderzoeksinstituut van de overheid op het gebied van volksgezondheid en milieu. Het onderzoekt onder andere het belang van een gezonde leefstijl voor de preventie van overgewicht en de effectiviteit van (integrale) maatregelen die bedoeld zijn mensen aan te zetten tot meer bewegen en gezonder eten.

Stap
STAP (Stichting Alcoholpreventie) is een landelijke, onafhankelijke non-profit organisatie die pleit voor een effectief alcoholbeleid van de overheid en zich inzet voor publieke bewustwording van de risico's van alcohol. Zij richt zich in de eerste plaats op het terugdringen en ontmoedigen van het alcoholgebruik bij jongeren.

Stivoro
Stivoro is het expertisecentrum voor tabakspreventie.
In de statuten van STIVORO is als centrale doelstelling opgenomen: de bevordering van de volksgezondheid door het structureel terugdringen van het roken met de inzet van een breed arsenaal middelen en intermediairs.

Bijlage 1 Stand van zaken lokaal gezondheidsbeleid Obdam

Naast de regionale beleidsvoorstellen kende de voormalige gemeente Obdam ook een eigen lokaal gezondheidsbeleid.
De gemeente zag het als haar taak de regie op zich te nemen van het gezondheidsbeleid in de gemeente. Zij streefde ernaar om samen met haar partners een beleid te ontwikkelen en uit te laten (voeren) dat uitging van de volgende veronderstellingen:

- Er dient gezorgd te worden voor een samenhangend aanbod van zorg en welzijn, gebaseerd op de wensen en behoeften van de cliënt.
- Een gezonde leefstijl, die gezondheidsproblemen vermindert en zo mogelijk voorkomt, wordt actief gepromoot en gestimuleerd.

Onderstaande lokale thema's werden aan de orde gesteld:

Wonen:

In de afgelopen jaren zijn diverse plannen voorbereid en inmiddels (gedeeltelijk) tot uitvoering gekomen. Er is gebouwd / er worden plannen voorbereid voor woningen voor alle leeftijdengroepen in zowel de koop- als de huursector.

Wijksteunpunt:

Er wordt inmiddels druk gewerkt aan het realiseren van een wijksteunpunt op de plek van de huidige bibliotheek. In dit wijksteunpunt zullen diverse zorginstellingen samenwerken. Daarnaast zal er ruimte zijn voor zorgwoningen.

Jeugd:

Er is een werkgroep zorg ingesteld met als doel:

- het vroegtijdige signalering van problemen;
- het vanuit deze probleemsignalering voorstellen te doen voor het opzetten en uitwerken van plannen voor preventieve activiteiten;
- samenwerking door het afstemmen van de zorg;
- het verkorten van de lijnen tussen de onderwijs – en zorginstellingen.

Momenteel nemen aan de werkgroep de volgende disciplines deel: Jeugdgezondheidszorg, Omring, GGD, Rima (maatschappelijk werk), peuterspeelzalen, kinderopvang en basisonderwijs.

Bijlage 2 Stand van zaken regionale beleidsvoorstellen LGB 2003-2006

In 2003 is de eerste nota gezondheidsbeleid opgezet. Deze is regionaal opgepakt en in voormalig Wester-Koggenland niet uitgewerkt in een lokale nota. In voormalig Obdam is wel een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld. In deze bijlage wordt aangegeven wat de stand van zaken is met betrekking tot de regionale beleidsvoorstellen uit de eerste nota gezondheidsbeleid. Per thema wordt steeds aangegeven wat de opdracht was, wat het doel was en wat de huidige stand van zaken is.
In bijlage 1 vindt een evaluatie plaats van de lokale nota uit Obdam.

Thema Psychosociale problematiek jeugd

Opdracht:
Het door het Platform Instellingen Jeugdzorg in kaart brengen van:

- het huidige hulpverleningsaanbod voor psychosociale problematiek jeugd
- eventueel aanwezige behoeften aan en overlappen in dit hulpverleningsaanbod
- omvang en aard van de wachtlijsten voor psychosociale hulpverlening jeugd.

Doel: een vraaggestuurd hulpverleningsaanbod voor psychosociale problematiek van de jeugd.

Stand van zaken:
Het huidige hulpverleningsaanbod is inmiddels door de regionale werkgroep PPJ in kaart gebracht. Over de behoefte, overlappen, omvang en aard wachtlijsten etc. wordt een rapportage opgesteld door de gemeente Hoorn en de GGD. Na afronding van de rapportage wordt bezien hoe verder te gaan.

Thema Hiaten in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

Opdracht:
Het oprichten van een regionaal OGGZ-platform bestaande uit vertegenwoordigers van alle OGGZ-partners op initiatief en onder regie van de gemeenten, ten einde tot een OGGZ-convenant te komen.

Doel: onderlinge afstemming in aanbod en een gesloten zorgketen binnen de OGGZ.

Stand van zaken: Het platform en de stuurgroep zijn opgericht.
Op 31 maart 2005 is het convenant getekend Er is een plan van aanpak geschreven om de genoemde knelpunten te verbeteren. Er is een werkgroep actief die regelmatig bij elkaar komt.

Thema Versterking 1e lijnsgezondheidszorg

Opdracht:

- Het door de portefeuillehouders Gezondheidszorg in afstemming met het Zorgkantoor laten opstellen van een toekomstprognose van tekorten van aanbieders van 1e lijnsgezondheidszorg in deze regio.
- Het door de gemeenten opzetten van een regionaal netwerk van aanbieders 1e lijnsgezondheidszorg, zorgkantoor, patiënten/consumenten en gemeenten met als doel het realiseren van een herstructurering van de 1e lijnsgezondheidszorg conform landelijke richtlijnen en voorbeelden en met als doel het realiseren van voldoende 1e lijnsgezondheidszorg in de regio.

Stand van zaken:
Er is een inventarisatie gemaakt door het zorgkantoor. Hieruit is gebleken dat West-Friesland (nog) geen tekort aan huisartsen / tandartsen hoeft te verwachten. Dit is gemeld aan het portefeuillehoudersoverleg MaDiVo*. Het overleg met het Zorgkantoor is niet structureel van de grond gekomen. Landelijk is dit een fenomeen dat niet soepel verloopt. Wanneer de zorgverzekeraars in een rustiger vaarwater zitten, zal GGD NL de mogelijkheden tot samenwerking verder bekijken.

Thema Leefstijl
Opdracht:

- het met relevante organisaties oprichten van een platform voor afstemming van preventieve interventies gericht op roken, overmatig alcoholgebruik en drugsgebruik;
- het voortzetten van het regionaal overleg breedtesport t.b.v. het ontwikkelen van lokaal in te zetten interventies in het kader van breedtesport.

Doel:
Het bewerkstelligen van voldoende afstemming en samenwerking tussen de verschillende partijen die zich bezighouden met de preventie van roken, overmatig alcoholgebruik, drugsgebruik en het stimuleren van voldoende beweging en een gezond voedingspatroon.

Stand van zaken:
Er is een platform Leefstijl opgericht. Dit platform heeft een preventienota Leefstijl (februari 2005) geschreven, welke door het DB van de GGD is vastgesteld en is uitgereikt aan de gemeenten. Het platform legt momenteel de laatste hand aan de preventienota Alcohol? ... Nog ff niet! Het platform zal zich binnenkort gaan bezighouden met nota's over roken en overgewicht.

T.a.v. de breedtesport bestond er geen behoefte dit regionaal verder vorm te geven.

Thema Bereikbaarheid van zorgvoorzieningen
Opdracht:
De signalen over de slechte bereikbaarheid en beschikbaarheid van de Centrale Huisartsenpost (CHP) en huisartsen in het algemeen bespreken in het portefeuillehoudersoverleg (PHO) Gezondheidszorg in aanwezigheid van de CHP en het Regionaal Patiënten en Consumentenplatform (RPCP).

Doel:

- Ingaan op genoemde signalen en bezien of nader onderzoek ter verduidelijking van genoemde signalen noodzakelijk is
- De signalen over de wachtlijsten voor verzorgings- en verpleeghuizen en voor specialistische hulp vanuit het PHO MaDiVo afstemmen met het Zorgkantoor.

Stand van zaken:
De signalen zijn door de voorzitter en secretaris van het PHO MaDiVo besproken met het management van de CHP. Door hen is een presentatie gegeven waarin is aangegeven hoe een en ander is verbeterd. Voorts komen er bijna geen klachten meer binnen.

Het tweede punt is niet besproken, er zijn geen signalen meer binnengekomen.

Thema Gezond ouder worden
Opdracht:
Het laten onderzoeken van de behoefte van de bevolking en de zorg- en welzijnsorganisaties aan een (digitale) zorgwijzer/informatiepunt gezondheidszorg zodat onder regie van de gemeenten een instrument ontwikkeld kan worden dat inzicht moet bieden in het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen de regio.

Stand van zaken:
De GGD Westfriesland heeft een advies geschreven m.b.t. een digitale zorgwijzer. Dit is besproken met de regiogemeenten. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in een regionale digitaal sociale kaart voor de negen West-Friese gemeenten. Deze website (www.oproet.nl) is een wegwijzer naar wonen, welzijn en zorg.

Op de site is vermeld wat de gemeente en instellingen binnen de regio kunnen bieden op het gebied van bijvoorbeeld zorg thuis, kinderen en opvoeden, seniorenhuisvesting en mantelzorg.
De website www.jong.oproet.nl is een nadere uitwerking van de eerder vermelde website en is speciaal gericht op jongeren. Er is informatie te vinden over school, werk, geld, seks en relaties, discriminatie, rechten en plichten.

Project 'Eenzaamheidspreventie Ouderen'
In drie gemeenten (Medemblik, Stede Broec en Opmeer) is een pilotproject gestart, waarin aandacht is geweest voor signalering, deskundigheidsbevordering en de sociale kaart. Er is een stuurgroep ingesteld (Primo, Omring, de drie gemeenten, GGD en het regionale dienstencentrum) en per pilotgemeente was een lokale werkgroep actief. Eind maart 2006 zijn de resultaten bekend gemaakt tijdens een eindsymposium. Deze resultaten zijn vertaald in handvatten en opgenomen in een handboek. Het handboek is uitgereikt aan gemeenten en organisaties die eenzaamheidspreventie op de agenda hebben staan.
Er wordt door de GGD en Stichting Welzijn Ouderen West-Friesland een platform 'gezond oud worden' opgezet, die allerlei zaken rondom dit thema zullen oppakken, volgens het "visiedocument GGD en doelgroep ouderen", GGD NL, juni 2006.

Thema Openbare orde en veiligheid
Opdracht:
Het door de Stuurgroep Huiselijk Geweld voortzetten van het regionaal ontwikkelen van een integrale aanpak voor en de registratie van huiselijk geweld door hulpverleningsinstellingen, politie, justitie en gemeenten.

Stand van zaken:
Vanuit de kringbijeenkomsten huiselijk geweld heeft een ambtelijke werkgroep een plan van aanpak Huiselijk geweld West-Friesland geschreven met praktische handvaten voor gemeenten t.o.v. een ketenaanpak, beleidsplan, publiekscampagnes en een advies- en meldpunt huiselijk geweld. Inmiddels is dit plan door de raad vastgesteld.

Bijlage 3 Taken binnen de Openbare Gezondheidszorg

Het veld van de Openbare Gezondheidszorg (OGZ) is zeer breed en kan grofweg worden ingedeeld naar:

- **Gezondheidsbevordering:** op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking preventieprogramma's uitvoeren, bijvoorbeeld gericht op gedragsverandering.
- **Infectieziektebestrijding:** omvat onder andere surveillance, bron- en contactopsporing, preventie (o.a. reizigersvaccinatie) en onderzoek.
- **Medische milieukunde:** onderzoek, advisering en signalering op het terrein van milieu en gezondheid, bijvoorbeeld onderzoek van de kwaliteit van zwemwater.
- **Zorg voor 0-19 jarigen** (jeugdgezondheidszorg): o.a. monitoring en signalering, gezondheidsbevordering, vaccinatie, screening, onderkenning van gezondheidsbedreigende factoren in sociale en fysieke omgeving en advisering hierover.
- **Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ):** directe hulpverlening (waaronder crisisinterventie, maatschappelijke opvang), preventie en zorg voor mensen met een verhoogd risico (o.a. signalering, screening en beleidsadvisering), verslavingszorg (inclusief vangnetfunctie), algemeen maatschappelijk werk (gedeeltelijk).
- **Technische hygiënezorg:** hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeëer- en piercingstudio's, grote evenementen, seks- en relaxhuizen en instellingen ressorterend onder de Wet op de jeugdhulpverlening.
- **Crisishulpverlening, openbare veiligheid**
- **Forensische geneeskunde**
- **Zorgbeleid (Wmo)**

Bijlage 4 Wet collectieve preventie volksgezondheid

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

De raad draagt 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 5 Relevante wetgeving voor gemeentelijk gezondheidsbeleid

Wetten
Naast de Wcpv zijn er twee wetten die de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid van burgers vormen: 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 van de betreffende wetten.

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;

Actieprogramma Gezondheid en Milieu en Modernisering Instrumentarium Geluidshinder
Het ministerie van VROM heeft een aantal trajecten lopen die nog moeten uitmonden in regelgeving. De ontwikkelingen zijn te vinden op www.minvrom.nl

Openbare Geestelijke gezondheidszorg
Wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)
Geeft wettelijke bevoegdheid aan de burgemeester of een door hem aangewezen wethouder om mensen die vanwege hun psychische toestand een gevaar opleveren voor zichzelf of voor hun omgeving, verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

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 een 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.

Kampeerwet
Voor vergunning moet men voldoen aan eisen onder ander betreffende hygiëne.

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
Wet op de jeugdzorg
Provincies en grootstedelijke regio's zijn verantwoordelijk voor het bieden van zorg op grond van de Wet op de jeugdzorg. Hierbij gaat het om hulp aan jeugdigen met ernstige opgroeiproblemen en ouders met ernstige opvoedproblemen.

Een cliënt heeft recht op zorg indien Bureau Jeugdzorg (BJZ) een indicatiebesluit heeft afgegeven waaruit blijkt dat de cliënt op die zorg is aangewezen.
Jeugdigen en ouders met lichtere opgroei- en opvoedingsproblemen komen niet in aanmerking voor deze zorg op grond van de Wet op de jeugdzorg. Zij kunnen een beroep doen op opvoed- en opgroeiondersteuning in het kader van het preventieve lokale jeugdbeleid. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de gemeenten.

Wet op het primair onderwijs en Wet op het voortgezet onderwijs
Onder andere regels voor onderwijshuisvesting (waarbij gelet moet worden op de technische hygiënezorg) 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 zonder startkwalificatie verlaten van de school door niet meer leerplichtige deelnemers tot 23 jaar.

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

Overige van belang zijnde wetten
Wet geneeskundige hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
Rampenwet
Wet op de lijkbezorging
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (gedeelte Wmo)
Wet werk en bijstand
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

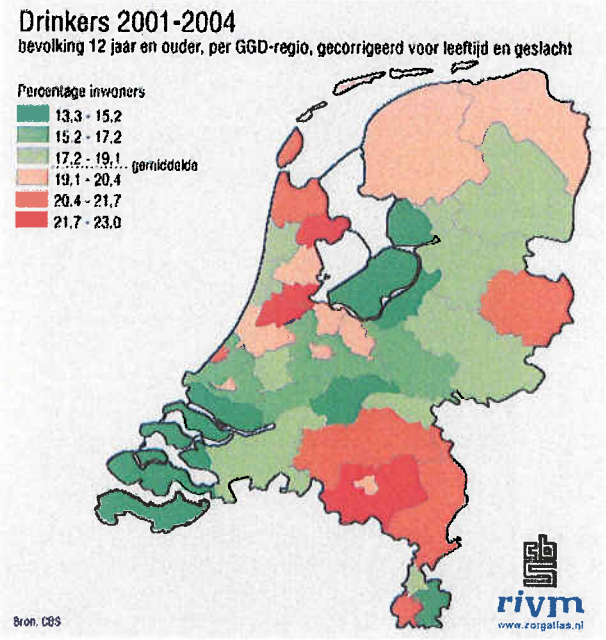
Verder zijn in het kader van integraal gezondheidsbeleid bijvoorbeeld ook de vakgebieden Ruimtelijke Ordening en Verkeer en Vervoer van belang.

Alcoholgebruik

Inleiding[1]

Veel mensen drinken alcohol. Bij de meeste mensen is dit gebruik gematigd, maar bij een deel gaat het gebruik langzamerhand over in overmatig gebruik, probleemgebruik, misbruik of zelfs afhankelijkheid; de grenzen van deze stadia zijn niet altijd even duidelijk. 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 overmatig alcoholgebruik talrijker.
Alcoholverslaving of alcoholafhankelijkheid behoort tot de top 10 van gezondheidsproblemen. Grote hoeveelheden alcohol hebben een negatief effect op de bloeddruk, op het functioneren van lever, nieren, hart, immuunsysteem en centraal zenuwstelsel en op bijna alle andere organen en systemen van het menselijke lichaam. Overmatig alcoholgebruik heeft ook een nadelige invloed op de vruchtbaarheid en bij zwangere vrouwen op de pre- en postnatale ontwikkeling van het kind.

Zwaar alcoholgebruik* in Nederland[2]



Onder alcoholdrinkers of zware alcoholgebruikers worden verstaan: personen die minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken of personen die gemiddeld per dag 3 of meer (mannen) of 2 of meer (vrouwen) glazen alcohol drinken.

Zwaar alcoholgebruik* in Koggenland en West-Friesland (%)

			Koggenland	West-Friesland
Jeugdigen[3]	Geslacht	Jongens	-	47,2
		Meisjes	-	38,9
	Leeftijd	0-4 jaar	-	-
		4-12 jaar	-	-
		12-16 jaar	-	42,9
	Opleidingsniveau	vmbo	-	52,0
		havo/vwo	-	36,3
	Totaal 12-16 jarigen		**53,5**	**42,9**
Volwassenen[4]	Geslacht	Mannen	-	26,2
		Vrouwen	-	8,3
	Leeftijd	20-34 jaar	-	23,1
		35-49 jaar	-	16,0
		50-64 jaar	-	13,4
	Opleidingsniveau	Lager onderwijs	-	21,6
		lbo/mavo	-	18,1
		mbo/havo/vwo	-	18,0
		hbo/wo	-	15,1
	Totaal		**19,8**	**17,5**
Ouderen[5]	Geslacht	Mannen	-	15,7
		Vrouwen	-	4,7
	Leeftijd	55-64 jaar	-	12,9
		65-74 jaar	-	9,5
		75 jaar en ouder	-	2,5
	Opleidingsniveau	Lager onderwijs	-	13,9
		lbo/mavo	-	10,4
		mbo/havo/vwo	-	9,2
		hbo/wo	-	9,6
	Totaal		**13,0**	**10,7**

**Zwaar (of overmatig) alcoholgebruik:*
Voor ouderen en volwassenen: gebruikt op minstens 1 dag per week 6 of meer glazen alcohol.
Voor jeugdigen: het gebruik van 5 of meer alcoholische drankjes tijdens één gelegenheid in de afgelopen 4 weken.

Aandachtspunten en risicogroepen[1,2,3,4,5]

Nederland

- Het totale percentage zware alcoholgebruikers in de bevolking van 12 jaar en ouder in West-Friesland is in de periode 2001-2004 hoger dan gemiddeld in Nederland, namelijk 22,3% ten opzichte van 19,1% landelijk.
- Landelijk is het percentage mannen en vrouwen met zwaar alcoholgebruik sinds 1989 weinig veranderd.
- Bij jonge meisjes van 12 tot en met 14 jaar is in 2003 ten opzichte van 1999 een toename in het gebruik van alcohol te zien; dit geldt zowel voor het gebruik van alcohol ooit als het gebruik in de laatste maand.
- Het percentage personen met zwaar alcoholgebruik is het hoogst bij mannen met een laag opleidingsniveau; bij vrouwen is er weinig verschil tussen de verschillende opleidingsniveaus. Voor zwaar alcoholgebruik zijn de verschillen naar opleidingsniveau kleiner dan bij roken.

West-Friesland

- Op basis van de gezondheidsenquêtes in West-Friesland onder jongeren, volwassenen en ouderen blijkt dat 43% van de 12-16-jarigen, 18% van de volwassenen en 11% van de ouderen in de regio een zware alcoholgebruiker is.
- Ruim vier op de tien jongeren van 12-16 jaar (43%) heeft in de afgelopen vier weken overmatig alcohol gebruikt. Jongens en vmbo-leerlingen gebruiken vaker overmatig alcohol dan meisjes en havo/vwo-leerlingen.
- Van de jeugdige overmatige alcoholgebruikers vindt slechts 11% zelf dat hij of zij teveel drinkt; 10% van deze jongeren is van plan in de toekomst minder te gaan drinken.
- Van de volwassenen in de regio drinkt één op de zes personen (18%) overmatig alcohol; 26% van de mannen en 8% van de vrouwen.

- Binnen de groep volwassenen neemt het overmatige alcoholgebruik af met de leeftijd: van de 20-34-jarigen is 23% een overmatige alcoholgebruiker, van de 35-49-jarigen is 16% een overmatige gebruiker en van de 50-64-jarigen is dit 13%.
- Het percentage overmatige drinkers is het hoogst onder personen met een laag opleidingsniveau (alleen basisonderwijs) en het laagst onder personen met een hoog opleidingsniveau (HBO/WO).
- Onder de ouderen in de regio zijn minder overmatige alcoholgebruikers dan onder de volwassenen, namelijk 11% van de 55-plussers.
- Het overmatig gebuik van alcohol neemt af met de leeftijd; van de ouderen van 75 jaar en ouder is 3% een zware drinker.
- Onder ouderen wordt vaker overmatig alcohol gebruikt door de laagst opgeleide groep (geen opleiding of alleen basisonderwijs), namelijk 14%; er is geen verschil tussen de andere opleidingsniveaus.

Koggenland
- Ruim de helft (54%) van de 12-16 jarigen in Koggenland gebruikt overmatig alcohol; dit percentage is hoger dan in de regio.
- Van de volwassenen gebruikt 20% overmatig alcohol; dit percentage is eveneens hoger dan het regiopercentage.
- 13% van de ouderen gebruikt overmatig alcohol; ook dit percentage is iets hoger dan het regiopercentage.

Algemeen
- Kennis over de risico's van alcohol en de houding ten opzichte van verantwoord alcoholgebruik zijn van invloed op het alcoholgebruik. Evenals het geloof in de eigen mogelijkheden om het eigen drinkgedrag te veranderen (eigen effectiviteit). Daarnaast is, vooral bij jongeren, de sociale omgeving van invloed op het drinkgedrag. Voorbeelden van sociale omgevingsfactoren zijn het gedrag van leeftijdsgenoten ('peers') en dat van ouders/verzorgers en andere mensen met een voorbeeldfunctie.
- Overmatig alcoholgebruik en roken hangen met elkaar samen; zo is bij overmatige drinkers en alcoholisten het percentage rokers doorgaans veel hoger, namelijk ongeveer 80 à 90%. Maar oorzaak en gevolg zijn hier niet te onderscheiden.

Landelijke doelstellingen alcoholgebruik[6]

In de preventienota Kiezen voor gezond leven van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) worden de volgende ambities voor schadelijk alcoholgebruik aangegeven:
- Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992.
- Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% nu naar 7,5% in 2010.

Preventie

Inleiding
Alcoholpreventie is niet alleen de zorg van de afdeling volksgezondheid of de afdeling welzijn. Buiten de directe invloedssfeer van deze afdelingen zijn ook andere factoren van invloed op de gezondheid. Deze dienen bij het ontwikkelen van een preventief alcoholbeleid dan ook nadrukkelijk betrokken te worden. Facet of integraal beleid heeft tot doel om op meerdere beleidsterreinen gezondheidsgedrag positief te beïnvloeden. Hierbij gaat het om:
- Bevorderen van een gezonde leefstijl.
- Beïnvloeden van de sociale omgeving (thuis, werk, horeca, school en buurt).
- Beïnvloeden van de fysieke omgeving (leeftijdsbeperking, subsidievoorzieningen en handhaving).

Gemeenten hebben een zeer belangrijke taak in het alcoholmatigingsbeleid, vooral ten aanzien van het maken van afspraken met relevante partijen, het toepassen van de Drank- en Horecawet, het opnemen van alcoholmatiging in het bestuursreglement van verenigingen en het handhaven en verstrekken van vergunningen. Deze zaken komen ook aan de orde in de notitie 'Alcohol? Nog ff niet!' van het Platform Leefstijl[8].

Platform Leefstijl
Een aantal jaren geleden is het platform Leefstijl opgericht. In dit platform zijn een aantal gemeenten en instellingen uit de regio vertegenwoordigd die zich bezig houden met leefstijl. Dit platform komt een aantal keren per jaar bijeen. Momenteel wordt gewerkt aan de notitie 'Alcohol? Nog ff niet!' met daaraan gekoppeld een regionaal werkplan ten aanzien van alcoholpreventie. Het regionale werkplan kan worden gebruikt voor een lokale vertaling op gemeente- of buurtniveau. De gemeenten Koggenland, Medemblik. Stede Broec en Drechterland hebben zitting in dit platform.

De Leeflijn
Activiteiten om de problematiek aan te pakken zijn er voor verschillende leeftijdsfases. De meeste hebben een regionale/lokale component. In de Leeflijn, wordt duidelijk wat de aangrijpingspunten zijn van de interventies, welke doelgroepen onderscheiden kunnen worden en in welke settings de interventies kunnen plaatsvinden. In alle gevallen gaat het er om, alcoholgebruik uit te stellen of te matigen, wat een positief effect zal hebben op de volksgezondheid. Een landelijke Leeflijn alcoholgebruik is nog niet voorhanden. De Leeflijn tabakspreventie[7] en overgewicht[9] dienen als voorbeeld bij de ontwikkeling van de Leeflijn alcoholgebruik.

Samenhang in het aanbod
Er bestaat een onderlinge samenhang tussen de verschillende interventies. Bijvoorbeeld bij de groep 10-12 jarigen richt de methode 'Alcohol, een ander verhaal' zich niet alleen op kennisoverdracht bij de kinderen, maar ook bij de ouders. Ook regelgeving, signaleren en doorverwijzen zijn samenhangende factoren bij deze methode. Een andere vorm van samenhang bestaat uit het feit dat de effecten van de ene interventie die van een andere interventie kunnen versterken. Denk hierbij aan de landelijke campagne Alcohol en Opvoeding. Er worden folders uitgedeeld tijdens het onderzoek bij 10/11-jarigen van de afdeling JGZ, maar ook worden ouderavonden of puber-ouder cursussen aangeboden over dit thema. Door deze samenhang wordt de meeste gezondheidswinst behaald.

Een voorbeeld van de lokale Leeflijn alcoholpreventie West-Friesland
Preventie van alcoholgebruik vindt vooral plaats via de massamedia, op scholen, verschillende organisaties zoals onder andere de GGD Westfriesland en de Westfriese Zorggroep de Omring. De meeste activiteiten richten zich vooral op het niet gaan drinken voor je 16e jaar en het matigen van alcoholgebruik.
De activiteiten die waarschijnlijk al in alle West-Friese gemeenten plaatsvinden, worden in onderstaand schema verwoord. Momenteel wordt een landelijke Leeflijn ontwikkeld en is de GGD Westfriesland bezig een compleet overzicht te krijgen op het gebied van advies/aanbod, doelgroep, interventie, intermediairs en setting ten aanzien van alcoholpreventie.

Leeflijn alcoholpreventie West-Friesland (voorlopig)*

Gezondheids-winst voor	Advies/ingang	Doelgroep interventie	Intermediair	Interventie	Setting van de interventie
10-12 jaar	Niet beginnen met drinken, Weerstand bieden aan groepsdruk, Geven van een goed voorbeeld, Voorkomen van meedrinken, Creëren van een drankvrije omgeving, Voorlichten over de gevolgen van alcoholgebruik	Niet-drinkers van 10-12 jaar, Ouders/verzorgers	GGD, Leerkracht, Brijder, Schoolbestuur	Alcohol, een ander verhaal	School, Thuis, Sportvereniging
	Niet beginnen met drinken, Weerstand bieden aan groepsdruk, Geven van een goed voorbeeld, Voorkomen van meedrinken, Creëren van een drankvrije omgeving, Voorlichten over de gevolgen van alcoholgebruik	Niet-drinkers van 10-12 jaar, Ouders/verzorgers	GGD, Leerkracht, Brijder, Schoolbestuur	Gezonde school en genotmiddelen	School, Thuis, Sportvereniging

10-12 jaar vervolg	Niet beginnen met drinken, Weerstand bieden aan groepsdruk, Geven van een goed voorbeeld, Voorkomen van meedrinken, Creëren van een drankvrije omgeving, Voorlichten over de gevolgen van alcoholgebruik	Niet-drinkers van 10-12 jaar, Ouders/verzorgers	GGD, Leerkracht, Brijder, Schoolbestuur	Uitleen lesmaterialen en leskisten	School, Thuis, Sportvereniging
	Niet beginnen met drinken, Het goede voorbeeld geven, Voorkomen van meedrinken, Creëren van een drankvrije thuisomgeving	Niet-drinkers van 10-12 jaar, Ouders/verzorgers.	JGZ	Alcohol en Opvoeding	School, Thuis
12-16 jaar	Kennis vergaren, Bewust worden van de risico's en deze risico's kunnen inschatten; Eigen verantwoording hebben t.a.v. eigen gezondheid en die van anderen, Niet beginnen met drinken	(Nog) niet-drinkers van 12-16 jaar, Ouders/verzorgers	Docent, Brijder, GGD, Schoolbestuur	Uitleen lesmaterialen en leskisten	School, Thuis
	Kennis vergaren, Bewust worden van de risico's en deze risico's kunnen inschatten, Eigen verantwoording hebben t.a.v. eigen gezondheid en die van anderen, Niet beginnen met drinken	(Nog) niet-drinkers van 12-16 jaar, Ouders/verzorgers	Docent, Brijder, GGD, Schoolbestuur	Alcohol digitaal	School, Thuis
	Kennis vergaren, Bewust worden van de risico's en deze risico's kunnen inschatten, Eigen verantwoording hebben t.a.v. eigen gezondheid en die van anderen, Niet beginnen met drinken	(Nog) niet-drinkers van 12-16 jaar, Ouders/verzorgers	Docent, Brijder, GGD, Schoolbestuur	Gezonde school en genotmiddelen	School, Thuis
	Niet drinken, Geven van een goed voorbeeld, Voorkomen van meedrinken, Creëren van een drankvrije omgeving.	(Nog) niet-drinkers van 12-16 jaar, Voortgezet onderwijs	Docenten, GGD, Brijder, Schoolbestuur, Gemeenten	Alcoholvrije feesten	School, Thuis, Omgeving, Wijk
	Kennis, bewustwording en in gesprek gaan	(Nog) niet-drinkers van 12-16 jaar Ouders/verzorgers	JGZ, Omring, Bureau Jeugdzorg	Puber-ouder cursus	Thuis
12-19 jaar	Voorlichting	(Nog) niet-drinkers	Brijder	Drugs-info team	Thuis, Wijk, Feesten

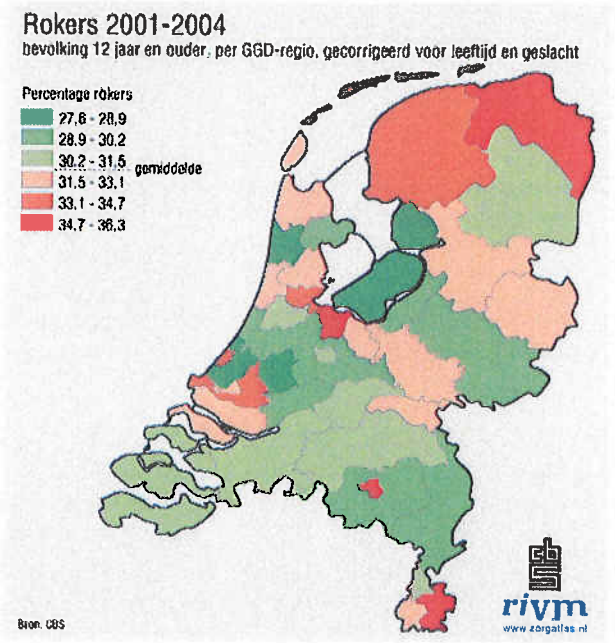
**De Leeflijn alcoholpreventie wordt nog aangevuld met activiteiten van andere instellingen in de regio.*

Roken

Inleiding[1]

Roken is de belangrijkste vermijdbare (onnodige) doodsoorzaak in Nederland. Roken is bij mensen boven de 20 jaar verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfte aan longkanker, maar ook voor de sterfte aan andere vormen van kanker, astma en COPD. Verder is ongeveer 30% van de sterfte aan coronaire hartziekten en ongeveer 14% van de sterfte aan beroerte te wijten aan roken.
Roken schaadt niet alleen de gezondheid van de roker zelf maar ook die van anderen in zijn of haar omgeving. Meeroken (passief roken) leidt in Nederland jaarlijks naar schatting tot ongeveer tien gevallen van wiegendood, enkele honderden doden door longkanker, enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen en vele tienduizenden (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen. Bij mensen met alleen lager onderwijs is het percentage rokers ruim anderhalf keer zo groot als bij mensen met een hbo- of universitaire opleiding. De verschillen in het percentage rokers tussen de opleidingsniveaus zijn de afgelopen tien jaar groter geworden.
Stoppen met roken geeft direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven. Rokers die blijven roken, verliezen – vergeleken met niet-rokers – gemiddeld tien jaar van hun leven.

Roken in Nederland[2]



Roken in Koggenland en West-Friesland (%)

			Koggenland	West-Friesland
Jeugdigen[3]	Geslacht	Jongens	-	9,8
		Meisjes	-	11,3
	Leeftijd	0-4 jaar	-	-
		4-12 jaar	-	-
		12-16 jaar	-	10,6
	Opleidingsniveau	vmbo	-	16,3
		havo/vwo	-	6,5
	Totaal 12-16 jaar		13,1	10,6
Volwassenen[4]	Geslacht	Mannen	-	39,4
		Vrouwen	-	31,2
	Leeftijd	20-34 jaar	-	40,5
		35-49 jaar	-	33,8
		50-64 jaar	-	31,9
	Opleidingsniveau	lager onderwijs	-	47,8
		lbo/mavo	-	38,6
		mbo/havo/vwo	-	35,5
		hbo/wo	-	25,3
	Totaal		31,3	35,4
Ouderen[5]	Geslacht	Mannen	-	26,9
		Vrouwen	-	17,3
	Leeftijd	55-64 jaar	-	26,9
		65-74 jaar	-	19,5
		75 jaar en ouder	-	11,5
	Opleidingsniveau	lager onderwijs	-	20,6
		lbo/mavo	-	22,1
		mbo/havo/vwo	-	20,7
		hbo/wo	-	25,1
	Totaal		19,0	22,0

Aandachtspunten en risicogroepen[1,2,3,4,5]

Nederland

- Het totale percentage rokers in de bevolking van 12 jaar en ouder in West-Friesland in de periode 2001-2004 is iets lager dan gemiddeld in Nederland. Landelijk rookte 31,5% en in West-Friesland rookte 30,1% van de bevolking.
- Na een langdurige daling van het percentage rokers (vooral bij mannen) en een stabilisatie in de negentiger jaren (op circa 33%), is landelijk het percentage rokers van 12 jaar en ouder de laatste jaren verder gedaald naar 28%.

West-Friesland

- Op basis van de gezondheidsenquêtes in West-Friesland onder jongeren, volwassenen en ouderen blijkt dat 11% van de 12-16-jarigen, 35% van de volwassenen en 22% van de ouderen in de regio rookt.
- Onder de jeugdigen in de regio roken meisjes ongeveer even vaak als jongens; vmbo-leerlingen (16%) roken vaker dan havo/vwo-leerlingen (7%). De gemiddelde leeftijd waarop jongeren gaan roken is 12,5 jaar.
- Ruim een derde van de volwassenen in de regio (35%) rookt; 4% van de volwassenen rookt meer dan 20 sigaretten per dag.
- Onder de volwassenen roken mannen (39%) vaker dan vrouwen (31%). In de leeftijdscategorie 20-34 jaar wordt het meest gerookt, namelijk door 41% van de West-Friezen.
- Het verschil in rookgedrag tussen hoog- en laagopgeleide volwassenen is groot. Van de hoogopgeleiden (hbo/wo) rookt 25% en van laagopgeleiden (geen of alleen lager onderwijs) rookt 48%.
- Ouderen in de regio roken minder dan volwassenen, namelijk 22% van de 55-plussers. Het percentage ouderen dat meer dan 20 sigaretten rookt is echter hoog, namelijk 12%.
- Het roken neemt af met de leeftijd; van de ouderen van 75 jaar en ouder rookt 12%.
- Onder ouderen wordt iets vaker gerookt door hoogopgeleiden (25%) dan door laagopgeleiden (21%). Dit in tegenstelling tot jongeren en volwassenen.

Koggenland

- Van de 12-16 jarigen in Koggenland rookt 13%; dit betekent dat één op de acht jeugdigen rookt.
- Bijna eenderde van de volwassenen (31%) rookt; dit is iets lager dan het percentage rokers in de regio.
- Van de ouderen rookt 19%; ook dit is iets lager dan het regiopercentage.

Algemeen

- Bij mensen met alleen lager onderwijs is het percentage rokers ruim anderhalf keer zo groot als bij mensen met een hbo- of universitaire opleiding. De verschillen in het percentage rokers tussen de opleidingsniveaus zijn de afgelopen tien jaar groter geworden.
- Roken en overmatig alcoholgebruik hangen met elkaar samen; zo is bij overmatige drinkers en alcoholisten het percentage rokers doorgaans veel hoger, namelijk ongeveer 80 à 90%. Maar oorzaak en gevolg zijn hier niet te onderscheiden.
- Naast kennis over de risico's van roken is onder andere de houding ten opzichte van roken van invloed op het uiteindelijke rookgedrag. Deze houding wordt voor een belangrijk deel bepaald door de mate waarin roken een sociaal geaccepteerd gedrag is in het eigen sociale netwerk (ouders/verzorgers, leeftijdgenoten, leraren, etc.) en in mindere mate ook in de samenleving als geheel.

Landelijke doelstelling roken[6]

In de preventienota Kiezen voor gezond leven van het Ministerie van VWS wordt de volgende ambitie voor roken aangegeven:

- In 2010 rookt nog 20% van de bevolking (ten opzichte van nu: 28%).

Preventie

Inleiding

Lokaal gezondheidsbeleid is niet alleen de zorg van de afdeling volksgezondheid of de afdeling welzijn. Buiten de directe invloedssfeer van deze afdelingen zijn ook andere factoren van invloed op de gezondheid. Deze dienen bij het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid dan ook nadrukkelijk betrokken te worden. Facet of integraal beleid heeft tot doel om op meerdere beleidsterreinen gezondheidsgedrag positief te beïnvloeden. Hierbij gaat het om:

- Bevorderen van een gezonde leefstijl.
- Beïnvloeden van de sociale omgeving (thuis, werk, school en buurt).
- Beïnvloeden van de fysieke omgeving (zoals lucht en milieu binnenshuis).

Om binnen de gemeente een effectief tabaksontmoedigingsbeleid te voeren en het percentage rokers onder de inwoners daadwerkelijk terug te dringen zijn sectoroverschrijdende maatregelen nodig. Op lokaal niveau zijn op een aantal beleidsterreinen gecombineerde maatregelen mogelijk, namelijk op het gebied van jeugd, onderwijs, werk, inkomen en naleving van de Tabakswet.

De Leeflijn

Stivoro heeft een Leeflijn tabakspreventie[7] ontwikkeld met een aanbod van activiteiten gericht op alle leeftijden (-12 maanden tot 65+). Deze Leeflijn geeft inzicht in de momenten in een mensenleven waarop gerichte acties in het kader van tabakspreventie aangeboden kunnen worden. De meeste interventies hebben een regionale/lokale component. Tabakspreventie omvat het voorkomen van beginnen met roken, het voorkomen van meeroken en het stimuleren en ondersteunen van stoppen met roken.
De Leeflijn maakt duidelijk dat er in alle leeftijdsfases acties mogelijk zijn die het roken en meeroken terugdringen en zo positieve effecten zullen hebben op uw inwoners. In een schematisch overzicht wordt duidelijk wat de aangrijpingspunten van de interventies zijn, welke intermediaire en doelgroepen onderscheiden kunnen worden en in welke settings de interventies worden uitgevoerd of aangeboden.

Samenhang in het aanbod

Er bestaat een onderlinge samenhang tussen de verschillende interventies. Zo zijn er verschillende interventies die bij dezelfde doelgroep op andere oorzaken van het roken of meeroken aangrijpen.

Bijvoorbeeld: bij de groep 12-15 jarigen richt de klassikale 'niet-roken afspraak' zich op de intentie om niet te gaan roken en op de sociale norm, terwijl de lespakketten voor dezelfde doelgroep zich meer richten op kennis en op vaardigheden om zich tegen groepsdruk te verweren. Een andere vorm van samenhang bestaat uit het feit dat de effecten van de ene interventie die van een andere interventie kunnen versterken. Maatregelen die het meeroken beperken, verstevigen op deze manier 'niet-roken' als de dominante sociale norm en stimuleren de behoefte om te stoppen met roken. Van een breed samenhangend pakket kunnen dan ook de meeste effecten worden verwacht.

Een voorbeeld van de lokale Leeflijn tabakspreventie West-Friesland
De activiteiten in West-Friesland worden in onderstaande schema verwoord. Momenteel wordt een landelijke Leeflijn ontwikkeld en is de GGD Westfriesland bezig een compleet overzicht te krijgen van het huidige aanbod op het gebied van tabakspreventie.

Leeflijn tabakspreventie West-Friesland (voorlopig)*

Gezondheidswinst voor	Advies/ingang	Doelgroep interventie	Intermediair	Interventie	Setting van de interventie
5-12 jaar	Geven van goede voorbeeld	Leerkrachten	GGD, JGZ	Rookvrije school	School
	Creëren van rookvrije omgeving	Ouders/verzorgers, Leerkrachten, Sporttrainers	GGD, JGZ	Kinderen kopiëren	School, Thuis, Omgeving
	Bijdragen aan de norm 'niet-roken', Ontwikkeling van een eigen mening, Voorlichten over de gevolgen van roken	11-12 jarigen	Leerkracht, GGD, JGZ, Schoolbestuur	Project 'Dat rookt niet!', Lespakketten, Anti-peukenpas, Uitleen lesmaterialen	School, Thuis, Sportvereniging, Omgeving
12-15 jaar	Niet beginnen met roken, Weerstand bieden aan groepsdruk, Voorkomen van meeroken, Creëren van een rookvrije omgeving, Voorlichten over de gevolgen van roken	Niet-rokers, Beginnende rokers met accent op jongeren uit achterstandsgroepen	GGD, JGZ, Docent, Schoolbestuur	Niet-roken afspraak, Actie Tegengif, Rookvrije school, Lespakket 'No way' en 'Befree', Gezonde school en genotmiddelen, Uitleen lesmaterialen.	School, Sportvereniging, Thuis
15-19 jaar	Niet beginnen of stoppen met roken, Geven van goede voorbeeld, Voorkomen van meeroken, Creëren van een rookvrije omgeving	Beginnende rokers, Rokers met accent op achterstandsgroepen	GGD, Docent, Huisarts, Jongerenwerker	In ontwikkeling stoppen met roken, Ondersteuning actie 'FF niet', Rook Inzicht, Smoke alert	Jeugd- en jongerenwerk, Sportvereniging
18-65+	Stoppen met roken	Rokers	Omring	Advies op maat	Wijk, Werk, Thuis

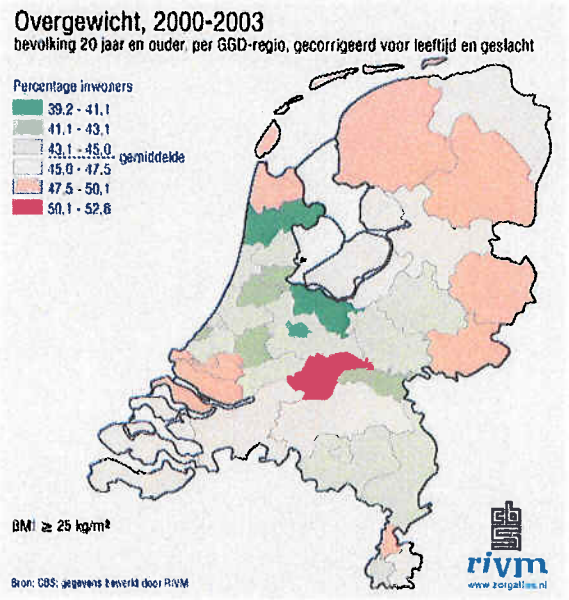
**De Leeflijn tabakspreventie wordt nog aangevuld met activiteiten van andere instellingen in de regio.*

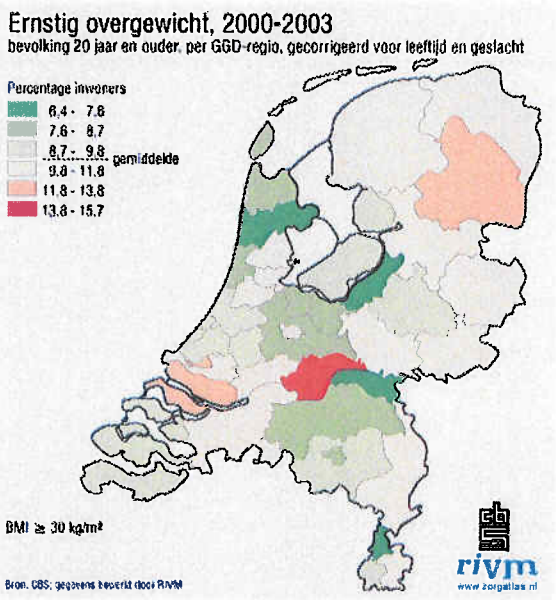
Overgewicht

Inleiding[1]

Gewichtsstijging ontstaat wanneer de energie-inneming (via de voeding) hoger is dan het energieverbruik (door lichamelijke activiteit). De laatste decennia zijn er veranderingen opgetreden in het leefmilieu. Arbeid wordt steeds meer uitgevoerd door machines en voeding is steeds eenvoudiger en in grote hoeveelheden te verkrijgen. Veel mensen leven in een omgeving waarin relatief makkelijk gekozen wordt voor een grote energie-inneming en/of een beperkte hoeveelheid lichamelijke activiteit. Het aantal mensen dat lichamelijk inactief is, is in Nederland flink gestegen gedurende de afgelopen jaren. Televisie kijken en computeren blijken een belangrijke bron van inactiviteit.
Overgewicht, en vooral ernstig overgewicht (obesitas), hangt samen met tal van chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2 (suikerziekte). Ook hebben mensen met ernstig overgewicht vaker last van verschillende vormen van kanker en van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (artrose) en de ademhalingsorganen. Overgewicht hangt bovendien samen met lichamelijke beperkingen en een slechtere kwaliteit van leven. Bij vrouwen met ernstig overgewicht komen ook menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor. Er bestaat een relatie tussen (ernstig) overgewicht en een aantal andere determinanten van gezondheid, zoals een lagere sociaal-economische status en het leven in een relatief sociaal isolement.

Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) in Nederland[2]





Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas)* in Koggenland en West-Friesland (%)

				Koggenland			West-Friesland		
				Overgewicht	Obesitas	*Totaal overgewicht*	Overgewicht	Obesitas	*Totaal overgewicht*
Jeugdigen	0-4 jaar[10]	Geslacht	jongens	-	-	-	7,0	1,6	*8,6*
			meisjes	-	-	-	6,5	1,4	*7,9*
		Opleidingsniveau moeder	lager onderwijs	-	-	-	-	-	-
			lbo/mavo	-	-	-	6,5	1,5	*8,0*
			mbo/havo/vwo	-	-	-	7,7	1,5	*9,2*
			hbo/wo	-	-	-	5,8	1,7	*7,5*
		Totaal		**-**	**-**	**-**	**6,7**	**1,5**	***8,2***
	4-12 jaar[11]	Geslacht	jongens	-	-	-	10,4	2,9	*13,3*
			meisjes	-	-	-	15,4	2,5	*17,9*
		Opleidingsniveau	speciaal basisonderwijs	-	-	-	23,2	9,6	*32,8*
			basisonderwijs	-	-	-	12,6	2,5	*15,1*
		Totaal		**11,2**	**1,2**	***12,4***	**12,9**	**2,7**	***15,6***
	12-16 jaar[11]	Geslacht	jongens	-	-	-	16,1	2,9	*19,0*
			meisjes	-	-	-	12,5	2,8	*15,3*
		Opleidingsniveau	speciaal basisonderwijs	-	-	-	26,7	11,1	*37,8*
			basisonderwijs	-	-	-	31,3	3,1	*34,4*
			speciaal	-	-	-	16,8	7,1	*23,9*
			brugklas algemeen	-	-	-	10,9	2,0	*12,9*
			vmbo	-	-	-	15,8	3,4	*19,2*
			havo/vwo	-	-	-	10,5	1,0	*11,5*
		Totaal		**14,3**	**2,1**	***16,4***	**13,3**	**2,9**	***16,2***
Volwassenen[4]		Geslacht	mannen	-	-	-	38,7	7,3	*46,0*
			vrouwen	-	-	-	28,3	11,3	*39,6*
		Leeftijd	20-34 jaar	-	-	-	25,4	5,0	*30,4*
			35-49 jaar	-	-	-	33,5	10,7	*44,2*
			50-64 jaar	-	-	-	42,7	12,1	*54,8*
		Opleidingsniveau	lager onderwijs	-	-	-	44,6	9,2	*53,8*
			lbo/mavo	-	-	-	34,2	11,1	*45,3*
			mbo/havo/vwo	-	-	-	29,1	8,4	*37,5*
			hbo/wo	-	-	-	36,6	7,2	*43,8*
	Totaal			**32,9**	**7,0**	***39,9***	**33,6**	**9,3**	***42,9***
Ouderen[5]		Geslacht	mannen	-	-	-	50,8	9,3	*60,1*
			vrouwen	-	-	-	41,1	13,2	*54,3*
		Leeftijd	55-64 jaar	-	-	-	45,3	11,7	*57,0*
			65-74 jaar	-	-	-	47,7	10,6	*58,3*
			75 jaar en ouder	-	-	-	44,6	11,4	*56,0*
		Opleidingsniveau	lager onderwijs	-	-	-	50,8	13,1	*63,9*
			lbo/mavo	-	-	-	45,2	11,7	*56,9*
			mbo/havo/vwo	-	-	-	43,2	10,3	*53,5*
			hbo/wo	-	-	-	43,5	9,0	*52,5*
	Totaal			**47,8**	**11,0**	***58,8***	**45,8**	**11,3**	***57,1***

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

Aandachtspunten en risicogroepen [1,2,3,4,5]

Nederland

- Het percentage volwassenen met overgewicht in de bevolking van 20 jaar en ouder in West-Friesland is in de periode 2000-2003 iets lager dan gemiddeld in Nederland, namelijk 40,0% ten opzichte van 45,0% landelijk.
- Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht in de bevolking van 20 jaar en ouder in West-Friesland is in de periode 2000-2003 iets lager dan gemiddeld in Nederland, namelijk 7,0% ten opzichte van 9,8% landelijk.
- In de periode 1981-2004 is in Nederland het percentage mensen met ernstig overgewicht sterk gestegen.
- Het percentage vrouwen met (ernstig) overgewicht is iets hoger dan het percentage mannen met (ernstig) overgewicht.
- Het percentage mensen met ernstig overgewicht neemt sterk toe met de leeftijd tot 60 à 70 jaar, daarna neemt het percentage weer af.
- Onder jeugdigen is eveneens het percentage overgewicht gestegen. Voor de 7-16-jarigen is het percentage jeugdigen met overgewicht in 2002-2004 ten opzichte van de meting in 1997 sterk gestegen en soms zelfs verdubbeld. Het percentage jeugdigen met ernstig overgewicht (obesitas) is in diezelfde periode ook sterk toegenomen, op sommige leeftijden zelfs verdrievoudigd.
- Overgewicht komt bij meisjes tot 12 jaar meer voor dan bij jongens. Dit verschil neemt af als de kinderen ouder worden. De prevalentie van overgewicht en obesitas heeft een piek rond de leeftijd van 7 à 8 jaar.

West-Friesland

- De prevalentie van overgewicht bij peuters in West-Friesland bedraagt 6,7%; ernstig overgewicht komt in de peuterleeftijd voor bij 1,5%.
- Van de jeugdigen in de regio in de basisschoolleeftijd heeft 12,2% overgewicht; ernstig overgewicht heeft 2,8% van de 4-12-jarigen.
- Ernstig overgewicht komt bij leerlingen in het speciaal basisonderwijs (11,5%) vaker voor dan bij leerlingen in het basisonderwijs (2,5%).
- Meisjes van 4-12 jaar in de regio hebben vaker (ernstig) overgewicht dan jongens van 4-12 jaar.
- Van de jeugdigen van 12-15 jaar heeft 12,5% overgewicht en 2,5% ernstig overgewicht. Er is weinig verschil in het voorkomen van (ernstig) overgewicht tussen jongens en meisjes.
- Van de volwassenen in de regio heeft één op de drie (33,6%) overgewicht; nog eens 9,3% heeft ernstig overgewicht.
- Bij de volwassenen in de regio neemt het voorkomen van (ernstig) overgewicht toe met de leeftijd.
- Laagopgeleide volwassenen hebben vaker (ernstig) overgewicht dan hoogopgeleide volwassenen.
- Ruim de helft (57,1%) van de 55-plussers in de regio heeft overgewicht of ernstig overgewicht.

Koggenland

- In Koggenland heeft 12% van de 4-12 jarigen overgewicht en 16% van de 12-16 jarigen.
- 40% van de volwassenen heeft overgewicht; dit wijkt niet af van het regiopercentage.
- 59% van de ouderen heeft overgewicht; dit komt overeen met het regiopercentage. 11% van de ouderen in Koggenland heeft obesitas.

Algemeen

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

Landelijke doelstellingen overgewicht[6]

In de preventienota Kiezen voor gezond leven van het Ministerie van VWS worden de volgende ambities voor overgewicht aangegeven:

- Het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005).
- Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).

Preventie

Inleiding

Lokaal gezondheidsbeleid is niet alleen de zorg van uw afdeling volksgezondheid of de afdeling welzijn. Buiten de directe invloedssfeer van deze afdelingen zijn ook andere factoren van invloed op de gezondheid. Deze dienen bij het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid dan ook nadrukkelijk betrokken worden. Facet of integraal beleid heeft tot doel om op meerdere beleidsterreinen gezondheidsgedrag positief te beïnvloeden. Hierbij gaat het om:

- Bevorderen van een gezonde leefstijl (zoals voeding en beweging).
- Beïnvloeden van de sociale omgeving (zoals thuis, werk, school en buurt).
- Beïnvloeden van de fysieke omgeving (zoals voorzieningen in de woonomgeving, aanbod van voedingsmiddelen).

Voorbeelden van integraal beleid zijn: aanleggen van aantrekkelijke wandel- en fietspaden, beweegvriendelijk maken van schoolpleinen, inrichten van een gezonde schoolomgeving, aanpassen van aanbod in kantines door verkoop van energiearme (gezonde) producten en het optimaal gebruik maken van bestaande sport- en recreatiefaciliteiten.

Samenhang voeding en beweging

Effecten van verschillende interventies versterken elkaar. Zo kan het effect van lespakketten op het gebied van bewegen of voeding toenemen wanneer de schoolomgeving verkeersveiliger wordt en er in de kantine (en automaten) meer energiearme (gezonde) voedingsmiddelen worden aangeboden.
Een breed samenhangend pakket van activiteiten die de leefomgeving gunstig beïnvloeden levert het meeste effect op, zo hebben recente ervaringen uitgewezen. In dat verband gelden op nationaal niveau als meest kansrijke maatregelen: het ondersteunen van meer uren bewegingsonderwijs op school en het (meer) aanbieden van energiearme (gezonde) producten in de (frisdrank)automaten. Op lokaal niveau valt het meeste te verwachten van het realiseren van aantrekkelijke wandel- en fietspaden, 'beweegvriendelijke' schoolpleinen en een gezonde schoolomgeving. Ook het subsidiëren en stimuleren van fietsen voor woon-werkverkeer, het aanbieden van meer energiearme (gezonde) voedingsmiddelen in kantines en het optimaal benutten van bestaande sportfaciliteiten worden gezien als kansrijke maatregelen in de preventie van overgewicht.

De Leeflijn

Activiteiten om de problematiek van overgewicht aan te pakken zijn er voor verschillende leeftijdsfases. De meeste activiteiten hebben een regionale en/of lokale component. In de Leeflijn wordt duidelijk wat de aangrijpingspunten zijn van de interventies, welke doelgroepen onderscheiden worden, in welke settings de interventies plaats vinden en met welke partijen samengewerkt wordt. In alle gevallen gaat het om het terugdringen van overgewicht, wat een positief effect heeft op de volksgezondheid.

Een voorbeeld van de lokale Leeflijn overgewicht West-Friesland

Preventie van overgewicht vindt vooral plaats via de massamedia, op scholen en via verschillende organisaties zoals de GGD Westfriesland en de Westfriese Zorggroep de Omring. De meeste activiteiten zijn gericht op gezonde voeding en beweging.
De activiteiten die waarschijnlijk al in de gemeente Koggenland plaatsvinden worden in onderstaand schema verwoord. Momenteel wordt een landelijke Leeflijn[9] ontwikkeld en is de GGD Westfriesland bezig een compleet overzicht te krijgen op het gebied van advies/aanbod, doelgroepen, intermediairen, interventies en settings ten aanzien van preventie overgewicht.

Leeflijn overgewicht West-Friesland (voorlopig)*

Gezondheidswinst voor	Advies/ingang	Doelgroep interventie	Intermediair	Interventie	Setting vande interventie
0-19 jaar	Preventieve adviezen en eventuele doorverwijzing	Kinderen 0-19 jaar	Jeugdgezond-heidszorg Omring en GGD	Signaleren, adviseren en doorverwijzen	Consultatie-bureau, GGD, Kinderarts, Diëtist
	Doorverwijzen naar verschillende projecten en activiteiten	Kinderen 4-16 jaar	JGZ, GGD	Nabespreking op de school	JGZ-arts, School, Thuis
4-12 jaar	Aanleren van een gezond eetpatroon en het stimuleren van sport/bewegen	Kinderen van 4-12 jaar	Leerkrachten, GGD	Winkelspel, Leskist 'Voeding', Leskist 'Voeding&Beweging'	School
		Kinderen van 10-12 jaar	Leerkrachten, GGD, Diëtiste Omring	Project 'Voeding en Beweging'	School
		Kinderen van 10-12 jaar	GGD, VWO-leerlingen Copernicus, Beweegmanage-ment, Gemeente Hoorn	Project 'Gezond eten en bewegen, niet vergeten'	6 risicoscholen in Hoorn
12-19 jaar	Aanleren van een gezond eetpatroon en het stimuleren van sport/bewegen	Jongeren van 12-19 jaar	Docenten, GGD	Lesprogramma's 'De gezonde schoolkantine', 'Weet wat je eet', 'WhoZnext'	School, Wijk, Sportvereniging

**De Leeflijn overgewicht wordt nog aangevuld met activiteiten van andere instellingen in de regio.*