

Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011

Heiloo, 21 augustus 2007

Inhoudsopgave

Inleiding

- Hoofdstuk 1 Huidig gemeentelijk gezondheidsbeleid
- 1.1. Definitie gezondheid
 - 1.2. Doelstelling gemeentelijk gezondheidsbeleid
 - 1.3. Stand van zaken programma 2004-2007

- Hoofdstuk 2 De Wcpv en de Wmo
- 2.1. Raakvlakken
 - 2.2. Verschillen
 - 2.3. Conclusie

- Hoofdstuk 3 Gezondheidsprofiel Noord-Kennemerland
- 3.1. Roken
 - 3.2. Alcohol
 - 3.3. Overgewicht
 - 3.4. Diabetes mellitus
 - 3.5. Psychische gezondheid

- Hoofdstuk 4 Hoe gaat het met de inwoners van Heiloo?
- 4.1. Kinderen in het basisonderwijs
 - 4.2. Jongeren op het voortgezet onderwijs
 - 4.3. Volwassenen
 - 4.4. Ouderen
 - 4.5. Toetsing resultaten
 - 4.6. Conclusies

- Hoofdstuk 5 Advies GGD-Noord-Kennemerland

- Hoofdstuk 6 Programma 2008-2011

- Bijlage 1 Wcpv
- Bijlage 2 Wmo
- Bijlage 3 Landelijk gezondheidsbeleid
- Bijlage 4 GGD-en: verschillen tussen de regio's

Inleiding

Aanleiding

De belangrijkste aanleiding voor deze nota is de wettelijke verplichting om iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid door de raad te laten vaststellen. Deze verplichting is vastgelegd in artikel 3b van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). In dit artikel van de Wcpv staat dat “de gemeenteraad vóór 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt, waarin hij ten minste aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting”. In bijlage 1 treft u de volledige tekst van deze artikelen van de Wcpv aan. De raad van Heiloo heeft 5 januari 2004 de nota Gezondheidsbeleid Heiloo 2004-2007 vastgesteld

Voor u ligt de tweede nota Gezondheidsbeleid Heiloo. Deze nota heeft betrekking op de jaren 2008 t/m 2011. Deze tweede nota moet vóór 1 juli 2007 door de raad van Heiloo vastgesteld zijn.

Een belangrijke recente ontwikkeling is de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Sinds 1 januari 2007 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning. Doel van deze wet is dat alle burgers volwaardig moeten kunnen meedoen in de maatschappij. Gemeenten zijn verplicht iedere vier jaar een beleidsplan Wmo op te stellen. Dit betekent dat in 2007 elke gemeente voor de uitdaging staat op de terreinen van (volks)gezondheid en maatschappelijke ondersteuning een samenhangend beleid te ontwikkelen. Om tot een samenhangend beleid te komen is het van belang deze twee wettelijk verplichte beleidsnota's op elkaar af te stemmen. Voor meer informatie over de Wmo verwijzen wij naar bijlage 2.

Doel van deze nota

Het doel van deze nota is u een gezondheidsbeleid aan te bieden dat ten minste voldoet aan artikel 3b van de Wcpv en is afgestemd op de Wmo.

Voor wie is deze nota bedoeld

Deze nota is bedoeld voor:

- De leden van het Platform burgerparticipatie Wmo;
- Het college van burgemeester en wethouders;
- De leden van de commissie Maatschappelijke zaken;
- De leden van de gemeenteraad van Heiloo;
- Medewerkers van de gemeente Heiloo die direct of indirect te maken hebben met (lokaal) gezondheidsbeleid;
- De besturen, directies en medewerkers van organisaties die te maken hebben (lokaal) gezondheidsbeleid;
- De inwoners van Heiloo.

Planning vaststellen nota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011"

In onderstaand overzicht treft u de planning van de besluitvorming aan voor het vaststellen van de nota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011".

Wanneer	Wie	Wat
16 april 2007	Platform burgerparticipatie Wmo	Opsturen conceptnota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011" met verzoek advies uit te brengen.
	Commissie Maatschappelijke zaken	Opsturen conceptnota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011" voor bespreking 25 april 2007.
24 april 2007	College B&W	Collegestandpunt over de conceptnota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011"
25 april 2007	Commissie Maatschappelijke zaken	Bespreken conceptnota "Gezondheidsbeleid 2008-2011".
14 mei 2007	Platform burgerparticipatie Wmo	Ontvangst advies over conceptnota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011"
	Commissie Maatschappelijke zaken	Bespreken nota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011" inclusief advies Platform burgerparticipatie Wmo
22 mei 2007	College B&W	Collegestandpunt over de nota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011" en advies Platform burgerparticipatie Wmo.
14 juni 2007	Commissie Maatschappelijke zaken	Advies nota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011" inclusief advies Platform burgerparticipatie Wmo
2 juli 2007	Raad	Vaststellen nota "Gezondheidsbeleid Heiloo 2008-2011"

Opbouw van de nota

In hoofdstuk 1 treft u een samenvatting aan van het huidige gemeentelijke gezondheidsbeleid aan.

In hoofdstuk 2 gaan wij nader in op de raakvlakken en de verschillen tussen de Wcpv en de Wmo.

Hoofdstuk 3 gaat in het op het Gezondheidsprofiel Noord-Kennemerland, zoals door de GGD verwoord in de Regioparagraaf lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010 van februari 2007. Wij presenteren het gezondheidsprofiel aan de hand van de vijf landelijke speerpunten, te weten roken, alcohol, overgewicht, diabetes mellitus en psychisch ongezond.

Hoofdstuk 4 omschrijft de gezondheid van de inwoners van Heiloo per landelijk speerpunt uitgesplitst naar kinderen in het basisonderwijs, jongeren op het voortgezet onderwijs, volwassenen en ouderen. Wij toetsen vervolgens de resultaten van Heiloo per doelgroep en per speerpunt aan het landelijke en regionale gemiddelde. Wij sluiten het hoofdstuk af met een aantal conclusies.

In hoofdstuk 5 treft u het advies van de GGD Noord-Kennemerland per speerpunt aan. Per speerpunt geven wij u ons advies op basis van onze conclusies uit hoofdstuk 4.

In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 6, presenteren wij het programma en de hierbij behorende financiële consequenties voor de komende vier jaar.

Hoofdstuk 1 Huidig gemeentelijk gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk geven wij een samenvatting van het huidige gemeentelijke gezondheidsbeleid 2004-2007, zoals de raad dat heeft vastgesteld in januari 2004. Te uwer informatie merken wij op in het de Strategische visie 2005-2015 en het Collegeprogramma Heiloo in uitvoering 2006-2010 geen specifieke doelstellingen zijn vastgesteld voor het lokale gezondheidsbeleid.

In de eerste paragraaf gaan wij in op het begrip 'gezondheid'. In de tweede paragraaf gaan wij in op de doelstelling voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Wij sluiten het hoofdstuk af met u te informeren over de stand van zaken inzake het uitvoeren van het programma 2004-2007.

1.1. Definitie gezondheid

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft in 1987 gezondheid gedefinieerd als een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en het vermogen van iemand om een verstoring in dit evenwicht te kunnen herstellen. De gezondheidstoestand hangt dus af van de fysieke en sociale omgeving, leefstijl, biologische factoren en de gezondheidszorg.

Uit deze definitie blijkt dat gezondheid niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek is. Uit bovenstaande definitie blijkt verder dat gezondheid meer is dan louter en alleen de gezondheidszorg.

De raad van Heiloo heeft in januari 2004 deze brede definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie overgenomen als definitie voor gezondheid voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid.

1.2. Doelstelling gemeentelijk gezondheidsbeleid

De raad heeft als doelstelling voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid gekozen voor: "een lang en gezond leven voor alle inwoners van Heiloo". Deze doelstelling betekent dus dat het gemeentelijke gezondheidsbeleid zich richt op alle inwoners van Heiloo, vanuit het principe dat iedereen evenveel recht (dus kans) zou moeten hebben op een lang en gezond leven.

Bij het maken van gezondheidsbeleid, gericht op een lang en gezond leven voor iedereen, is inzicht nodig in de manier waarop je gezondheid van mensen kunt beïnvloeden. Een hulpmiddel daarbij is het zogenaamde 'model van Lalonde'. Lalonde – die ooit minister van volksgezondheid in Canada was - onderscheidt vier soorten factoren die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

1. Biologische en erfelijke factoren: de aanwezige (aanleg tot) gezondheid of ziekte;
2. Omgeving: de fysieke en sociale omgeving, zoals woonomgeving, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid;
3. Leefstijl: het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid. Hierbij kunt u denken aan de zogenaamde BRAVO-onderwerpen: meer Bewegen, niet Roken, minder Alcohol, gezondere Voeding, veilig Vrijen, Veiligheid en voldoende Ontspanning.
4. Gezondheidszorg: de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen.

Naast deze factoren uit het model van Lalonde is de financiële positie van de bevolking van invloed op de gezondheid. Groeperingen met een slechte financiële positie zijn minder goed in staat deel te nemen aan sport, gebruik te maken van gezondheidsvoorzieningen en zich te wapenen tegen aanvallen op de gezondheid.

Uit deze factoren blijkt dat de kansen op gezondheid voor individuele burgers verschillen. De laatste jaren is er veel aandacht voor de zogenaamde sociaal-economische gezondheidsverschillen, vooral ontstaan door verschillen in omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen en werken.

De biologische factoren zijn niet beïnvloedbaar door de gemeentelijke overheid en worden daarom verder buiten beschouwing gelaten.

De doelstelling “een lang en gezond leven voor iedereen” betekent niet dat de gemeente verantwoordelijk is voor het ontstaan van alle gezondheidsproblemen. Iedere individuele burger heeft een eigen verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid. De rol van de gemeente is voorwaardenscheppend om het maken van zelfstandige keuzes van burgers mogelijk te maken.

1.3. Stand van zaken programma 2004-2007

De raad van Heiloo heeft in zijn vergadering van januari 2004 besloten voor de jaren 2004-2007 het volgende programma uit te voeren:

Activiteit	2004	2005	2006	2007
1. Ontwikkelen visie op de toekomst van op gezondheidszorg in Heiloo	x			
2. Productomschrijvingen GGD Noord-Kennemerland toetsen aan Wcpv	x			
3. Ontwikkelen van een integraal beleid voor de doelgroep 0-19 jaar		x		
4. Bepalen strategie naar aanleiding van de vergrijzing bij de herijking van de Strategische missie “Fijn wonen in 't groen”	x			
5. Programma op het gebied van leefstijlfactoren ¹ in samenwerking met de GGD Noord-Kennemerland			10.000*	10.000*
Totaal			10.000*	10.000*

x = zijn vooralsnog geen extra kosten aan verbonden; x geeft moment van start aan.

* = zijn incidentele bedragen in euro's.

De activiteiten 1 t/m 4 zijn inmiddels afgerond. Het college heeft op 27 januari 2004 een besluit genomen over de gezondheidszorg in Heiloo. De GGD heeft zijn producten getoetst aan de Wcpv. In de achterliggende stukken bij deze nota treft u het Productenboek aan van de GGD. Inmiddels heeft de raad de nota 1 (Jeugdbeleid) vastgesteld. Ook is door de raad van Heiloo de strategische visie vastgesteld.

Voor activiteit 5, programma op het gebied van leefstijlfactoren, is gekozen voor gezond gewicht (voeding en bewegen) gericht op leerlingen van de basisschool. Twee projecten zijn hiervoor in samenwerking met de GGD Noord-Kennemerland opgestart:

- Project “Noord-Kennemerland gezond weer op”;
- Project “De klas beweegt”.

Dit laatste project wordt op dit moment uitgevoerd. De verwachting is dat eind 2008 dit project is afgerond. Een aantal scholen heeft namelijk te kennen gegeven dit project liever te willen draaien in schooljaar 2007/2008. Wij adviseren u een besluit te nemen over wel of niet voortzetten van deze projecten op basis van de resultaten van deze projecten. U ontvangt over de resultaten van deze twee projecten en eventuele voortzetting een apart advies.

¹ Programma gericht op: meer Bewegen, niet Roken, minder Alcohol, gezondere Voeding, veilig Vrijen, Veiligheid en voldoende Ontspanning (zogenaamde BRAVO-onderwerpen).

Hoofdstuk 2 De Wcpv en de Wmo

In hoeverre raakt de de Wcpv de Wmo? Kortom: wat zijn de raakvlakken tussen deze twee wetten en wat de verschillen?

Het verklaren van raakvlakken en verschillen valt of staat met de definiëring van de begrippen.

Zoals wij in paragraaf 1.1. al schreven gaat de raad van Heiloo uit van een brede definitie van gezondheid, waarbij gezondheid niet alleen wordt opgevat als louter de afwezigheid van ziekte of gebrek. Als gezondheid gedefinieerd wordt als een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van de burgers, betekent dit dat iedere vorm van maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bijdraagt aan het welbevinden en dus de gezondheid van mensen.

2.1. Raakvlakken

In onderstaande tabel treft u een aantal raakvlakken aan tussen beide wetten.

Raakvlak	Wcpv	Wmo
1. Doel	De gezondheid van alle burgers bevorderen	Alle burgers maatschappelijk mee laten doen
2. Doelgroep	Alle burgers	Alle burgers
3. Beleidsontwikkeling, planning en verantwoording	Nota lokaal gezondheidsbeleid 4 jaarlijks	Nota Wmo 4 jaarlijks
4. Financiering	Hoofdzakelijk overheid (gemeente)	Hoofdzakelijk overheid (gemeente)
5. Soorten preventie	Primaire en secundaire	Primaire, secundaire en tertiaire
6. Taken versus Prestatievelden	Wcpv-taken (zie toelichting)	9 prestatievelden (zie toelichting)

Bron: Relatie tussen de Wcpv en de Wmo, drs. C.B. Walg, januari 2006

Toelichting raakvlakken

Raakvlak 1: doel

De Wmo heeft als doel het mogelijk maken van maatschappelijke participatie. De Wcpv richt zich op de bevordering van de gezondheid. Uitgaan van een brede definitie van gezondheid betekent dat maatschappelijke ondersteuning gezien kan worden als een bijdrage aan de bevordering van gezondheid. Andersom kan gezondheidsbevordering ook bijdragen aan maatschappelijke participatie. Het overstijgende doel van beide wetten is dus de bevordering van kwaliteit van leven van burgers.

Raakvlak 2: doelgroep

Beide wetten, zowel de Wcpv als de Wmo, hebben alle burgers als doelgroep. De beide wetten zijn bedoeld voor zowel kwetsbaren als niet-kwetsbaren burgers.

Raakvlak 3: Beleidsontwikkeling, planning en verantwoording

De gemeenten zijn voor zowel de Wcpv- als voor de Wmo-taken verplicht hun beleid en plannen in een nota lokaal gezondheidsbeleid en een beleidsplan Wmo één keer per 4 jaar vast te leggen. Tevens zijn gemeenten verplicht in deze nota's verantwoording af te leggen over het gevoerde en te voeren beleid.

Raakvlak 4: financiering

Beide wetten worden voor het grootste deel met overheidsgeld betaald. De basis voor de financiering van zowel de Wmo-taken, als de Wcpv-taken is het gemeentefonds. De gemeente is naast opdrachtgever en financier ook eigenaar (samen met regiogemeenten middels een gemeenschappelijke regeling) van de uitvoerende organisatie, namelijk de GGD. Zowel de gelden voor de uitvoering van de Wcpv als voor de Wmo zijn niet geormerkt.

Raakvlak 5: soort preventie

Preventie wordt ingedeeld in fasen. Er bestaat onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. In onderstaand overzicht treft u deze drie soorten preventie aan.

Soort preventie	Doel	Doelgroep
Primaire preventie	Het voorkomen van ziekten, maar ook het bevorderen van de gezondheid.	Gezonde mensen.
Secundaire preventie	Het in een vroeg stadium opzoeken van ziekten, waardoor de ziekte eerder kan worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt.	Mensen die ziek zijn of een verhoogd risico hebben een bepaalde ziekte te krijgen (bijv. door erfelijke factoren) De ziekte is bij deze mensen nog niet vastgesteld.
Tertiaire preventie	Het opheffen of reduceren of compenseren van beperkingen van mensen om de kwaliteit van leven voor deze mensen te verhogen. Het voorkomen van complicaties en verergering van de ziekte, valt ook onder tertiaire preventie.	Mensen bij wie een ziekte is vastgesteld.

Bron: Relatie tussen de Wcpv en de Wmo, drs. C.B. Walg, januari 2006

Prestatievelden 4, 5 en 6 binnen de Wmo zijn vooral gericht op die zogenaamde tertiaire preventie. De Wmo richt zich bij deze prestatievelden op het opheffen, reduceren en compenseren van de sociale, fysieke en/of psychische beperkingen van met name de kwetsbare mensen in de samenleving, maar ook van diegene die hen weer ondersteunen.

De andere prestatievelden binnen de Wmo richten zich vooral op primaire en secundaire preventie. Zo kan bijvoorbeeld de ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en ouders met problemen met opvoeden voorkomen dat er onomkeerbare problemen ontstaan. Ditzelfde geldt voor het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning. Hier gaat het om mensen die al dan niet al een probleem hebben die voorkomen of gestabiliseerd kan worden door middel van informatie, adviezen of ondersteuning (prestatieveld 3). Het bevorderen van de sociale samenhang in en de leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten is een vorm van primaire preventie.

De taken binnen de Wcpv richten zich met name op primaire en secundaire preventie. De Wmo en Wcpv overlappen elkaar dan ook met name op het gebied van primaire en secundaire preventie.

Raakvlak 7: Wcpv-taken en 9 prestatievelden

De negen prestatievelden van de Wmo hebben verschillende raakvlakken met taken binnen de Wcpv. Prestatieveld 1 t/m 5 en 7 t/m 9 raken de Wcpv. Prestatieveld 6 staat grotendeels op zichzelf. De raakvlakken liggen met name op het gebied van de bevorderingstaken. Het bevorderen van maatschappelijke deelname kan eveneens leiden tot een betere gezondheid. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers

draagt indirect bij aan het bevorderen van de gezondheid. In die zin kunnen de prestatievelden binnen de Wmo gezien worden als belangrijke factoren om de gezondheid te bevorderen.

2.2. Verschillen

In onderstaande tabel treft u een aantal verschillen aan tussen beide wetten.

Vershil	Wcpv	Wmo
1. Initiatief	<ul style="list-style-type: none"> – Bij de maatschappij: het Rijk en de gemeenten – Maatschappelijke hulpvraag – Collectief belang – Actief, ongevraagd, anticiperend 	<ul style="list-style-type: none"> – Bij de gemeenten en het individu – Naast maatschappelijke hulpvraag ook individuele hulpvraag – Consumentenbelang (private partijen) – Zowel actief, ongevraagd anticiperend, als passief gevraagd en reactief.
2. Soorten preventie	Primaire en secundaire	Primaire, secundaire en tertiaire
3. Kernfuncties	Gezondheidsbescherming Gezondheidsbevordering Ziektepreventie	Maatschappelijke ondersteuning
4. Overheidssturing	Gematigd decentraal, regie <i>gedeeltelijk</i> bij gemeenten	Sterk decentraal, regie <i>volledig</i> bij gemeenten
5. Gezondheidsaspecten	Fysieke, sociale en psychische	Fysieke, sociale en psychische. <u>Nadruk</u> op welbevinden de psychosociale kant van gezondheid (welzijn)

Bron: Relatie tussen de Wcpv en de Wmo, drs. C.B. Walg, januari 2006

Toelichting verschillen

Vershil 1: initiatief

Een belangrijk verschil tussen de Wcpv en de Wmo is, dat de Wcpv-taken, veelal plaatsvinden voordat er sprake is van een probleem waarvoor hulp nodig is. Men spreekt over een maatschappelijke hulpvraag. De Wcpv beantwoordt dus met name de maatschappelijke hulpvraag. De Wmo geeft ook gehoor aan individuele hulpvragen.

De taken binnen de Wcpv bevinden zich in het publieke domein (GGD, gemeenschappelijke regeling) en dienen het collectieve belang. De prestatievelden binnen de Wmo worden grotendeels uitgevoerd door private partijen die onderhevig zijn aan marktwerking.

Vershil 2: soorten preventie

Zoals wij in paragraaf 2.1. al schreven richt de Wcpv zich op de primaire en de secundaire preventie. Het verschil tussen beide wetten ligt dan ook op het terrein van de tertiaire preventie. De prestatievelden 4, 5 en 6 van de Wmo zijn vooral gericht op de tertiaire preventie.

Vershil 3: kernfuncties

De kernfuncties om de doelen (Wcpv: gezondheid van alle burgers bevorderen; Wmo: alle burgers maatschappelijk mee laten doen) te bereiken zijn verschillend, namelijk respectievelijk maatschappelijke ondersteuning bij de Wmo en gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie bij de Wcpv.

Vershil 4. overheidssturing

De Wcpv wordt gematigd decentraal gestuurd en de Wmo sterk decentraal.

Vershil 5: gezondheidsaspecten

Gezondheid in brede zin speelt een belangrijke rol in beide wetten. De Wcpv richt zich op de publieke gezondheid, dus zowel de fysieke, de psychische als sociale kant van gezondheid. De Wmo richt zich met name op de publiek welbevinden, de psychische en sociale kanten van de gezondheid.

2.3. Conclusie

Beide wetten hebben een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven. 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.

Een belangrijk verschil tussen de Wcpv en de Wmo is, dat de Wcpv-taken, veelal plaatsvinden voordat er sprake is van een probleem waarvoor hulp nodig is. De Wmo geeft ook gehoor aan individuele hulpvragen. Anders gezegd: "Een goede uitvoering van de Wcpv kan instroom voorkomen in de Wmo".

Wij zijn daarom van mening dat het van belang iedere vier jaar een aparte nota gezondheidsbeleid vast te stellen zodat gezondheid als apart thema op de (politieke) agenda blijft staan

Hoofdstuk 3 Gezondheidsprofiel Noord-Kennemerland

De kern van het landelijke gezondheidsbeleid voor gemeenten is:

Het rijk wil een gezonde leefstijl bevorderen. In de preventienota werkt het rijk een aantal speerpunten uit waaraan gemeenten in hun lokale nota's in ieder geval aandacht moeten besteden:

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

In bijlage 3 van deze nota treft u een samenvatting aan van het landelijke gezondheidsbeleid.

Wij adviseren u in deze nota bovenstaande vijf landelijke speerpunten als basis te nemen voor het lokale gezondheidsbeleid. Alvorens wij ingaan op de specifieke situatie in Heiloo geven wij u eerst inzicht in het gezondheidsprofiel van de regio Noord-Kennemerland.

In de notitie "Regioparaagraaf lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010, het advies van de GGD Noord-Kennemerland" van februari 2007 omschrijft de GGD het gezondheidsprofiel van Noord-Kennemerland aan de hand van de vijf landelijke speerpunten: roken, alcohol, overgewicht, diabetes mellitus en psychische gezondheid (depressie)². In deze notitie schrijft de GGD het volgende:

De gezondheidsproblemen in Noord-Kennemerland komen overeen met het landelijke beeld. Het schadelijk alcoholgebruik is in de regio echter een nog groter probleem dan landelijk. Ook in de regio moet het tij worden gekeerd. De inwoner van Noord-Kennemerland kan zijn of haar gezondheid aanzienlijk verbeteren door 'de gezonde keuze' te maken.

De GGD Noord-Kennemerland baseert zijn conclusies op basis van de volgende onderzoeken:

1. Gezondheidsprofiel basisonderwijs (2005-2006): onderzoek onder kinderen in het basisonderwijs.
2. Gezondheidsprofiel voortgezet onderwijs (E-movo, 2005): onderzoek onder leerlingen van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs.
3. Gezondheidsprofiel volwassenen (volwassenenenquête, 2006): onderzoek onder volwassenen in de leeftijd van 19 tot en met 64 jaar.
4. Gezondheidsprofiel ouderen (ouderenenquête, 2004): onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder.

De resultaten van deze onderzoeken, inclusief aanbevelingen, zijn uitgebreid beschreven in de afzonderlijke rapporten. In dit hoofdstuk treft u een dwarsdoorsnede van bovenstaande vier onderzoeken aan om duidelijk te maken in hoeverre het landelijke beeld overeenkomt met dat in de regio en om de grootste problemen op een rij te zetten.

² De GGD heeft de situatie met betrekking tot depressie niet bij alle leeftijdsgroepen specifiek onderzocht. Daarom heeft de GGD dat thema breder genomen, namelijk psychische gezondheid.

De tekst van de volgende vijf paragrafen is integraal overgenomen uit de notitie "Regioparagraaf lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010, het advies van de GGD Noord-Kennemerland" van februari 2007.

3.1. Roken

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Jaarlijks sterven ruim 20.000 Nederlanders aan ziekten die met roken te maken hebben. Ongeveer 90% van alle longkankergevallen komt door roken. Circa 30% van alle kanker is het gevolg van roken. Bij hart- en vaatziekten is dat ongeveer 20%. Ook chronische longziekten ontstaan in 80 tot 90 procent van de gevallen na jarenlang roken. Rokers die blijven roken, verliezen vergeleken met niet-rokers gemiddeld tien jaar van hun leven. Stoppen met roken geeft daarentegen direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven. Wie op zijn 30^e stopt, kan maar liefst tien jaar langer leven.

In Nederland rookt 28% van de bevolking. Acht procent van de volwassen bevolking rookt 20 of meer sigaretten per dag (zware rokers). In Noord-Kennemerland rookt 30% van de volwassen bevolking van 19 tot 64 jaar en 7% is een zware roker. Van de ouderen in de regio van 65 jaar en ouder rookt 13%. Landelijk is dit 15%. De cijfers voor de basisscholen zijn in de regio gelijk aan de landelijke percentages. Op de basisscholen in Noord-Kennemerland rookt ruim 1% van de kinderen. De meeste leerlingen denken nooit te gaan roken (91%) en slechts 1% denkt binnen vijf jaar te gaan roken. Op het voortgezet onderwijs blijkt echter dat 14% van de leerlingen in Noord-Kennemerland al regelmatig (wekelijks) rookt en 10% zelfs dagelijks. Landelijk rookt 9% van de leerlingen dagelijks. Bijna de helft van de leerlingen heeft wel eens gerookt (46% regionaal en 45% landelijk).

3.2. Alcohol

Gewenning aan drank begint vaak op jonge leeftijd. Uit landelijk onderzoek blijkt dat jongeren gemiddeld steeds meer en op steeds jongere leeftijd alcohol gebruiken (12 jaar). Nederlandse jongeren drinken het meest frequent van alle Europese jongeren en drinken per avond erg veel. Jongeren die nu veel drinken kunnen de probleemdrinkers van de toekomst worden met schadelijke gevolgen voor de eigen gezondheid maar ook voor de omgeving. Te veel alcohol drinken heeft niet alleen schadelijke gevolgen voor de gezondheid, maar hangt ook samen met agressie, criminaliteit en verkeersongevallen. De aanpak van schadelijk alcoholgebruik levert gezondheidswinst op en zorgt voor minder ongevallen, overlast en psychische aandoeningen. Tien procent minder alcoholconsumptie leidt tot 20% minder doden door alcohol en 5% minder fatale ongelukken.

Schadelijk alcoholgebruik is in de regio Noord-Kennemerland nog steeds een groter probleem dan elders. Bij de gezondheidsenquête van 4 jaar geleden werd dit resultaat ook gevonden. Het begint al vroeg. In de hoogste groepen van de basisschool wijken leerlingen in de regio met hun alcoholgebruik nog niet af van leerlingen elders, maar wel hebben zij sterker de intentie om in de toekomst te gaan drinken: 21% denkt binnen 5 jaar alcohol te gaan drinken tegen 15% landelijk. Deze intentie maken zij ook waar. Twee op de drie leerlingen van het voortgezet onderwijs heeft de afgelopen vier weken alcohol gedronken en één op de drie leerlingen is de afgelopen maand dronken geweest. In Noord-Kennemerland is 21% van de jongeren een zware drinker. Dat wil zeggen dat zij minstens één maal per week 6 of meer glazen alcohol per dag drinken. Bijna 6% van de leerlingen drinkt zelfs nog meer. Het percentage jongeren dat de afgelopen maand dronken is geweest, ligt in de regio ruim boven het landelijk gemiddelde (33% tegen 21%). Ook onder de volwassen bevolking wijkt Noord-Kennemerland negatief af van het landelijke beeld. In de regio is 16% van de inwoners van 19 tot 64 jaar een zware drinker en dat is hoger dan landelijk gemiddeld (11%).

Alleen onder ouderen is het percentage (zware) drinkers in de regio hetzelfde als het landelijke cijfer: 5%.

3.3. Overgewicht

Overgewicht is een steeds grotere plaag voor de Nederlandse bevolking, vooral bij kinderen. Eén op de vijf kinderen in Nederland heeft overgewicht. Ook het aantal volwassenen met overgewicht is de afgelopen 20 jaar in Nederland explosief gestegen. Overgewicht komt vaker voor bij mensen met een lagere sociaal economische status (laag inkomen, goedkopere huisvesting en achterstand in gezondheid). Mensen met overgewicht lopen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Zij kunnen ook psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken. Mensen met obesitas (ernstig overgewicht) leven minder lang en vooral in slechtere gezondheid. Wie echter op zijn 20^e een gezond gewicht heeft, kan 4,5 jaar langer leven.

Uit het onderzoek onder leerlingen van basisschool en voortgezet onderwijs zijn geen betrouwbare regionale gegevens verkregen. Het lijkt erop dat ouders en leerlingen het gewicht onderschatten. Daarom registreert de GGD Noord-Kennemerland nu de lengte en het gewicht van kinderen waardoor wel betrouwbare cijfers beschikbaar komen (begin 2006). Er is geen reden om aan te nemen dat het beeld in de regio rooskleuriger is dan elders. Op basis van deze gegevens heeft ongeveer één op de vijf kinderen van 4-12 jaar overgewicht: 9%-17% bij jongens en van 15%-25% bij meisjes. In Noord-Kennemerland heeft 42% van de volwassenen een vorm van overgewicht (23,4% overgewicht en 9,1% ernstig overgewicht). Dit komt overeen met landelijke cijfers: 45% van de Nederlandse bevolking ouder dan 20 jaar heeft een vorm van overgewicht (34% overgewicht en 11% ernstig overgewicht). Zowel regionaal als landelijk heeft 13% van de ouderen obesitas.

Overgewicht wordt in belangrijke mate bepaald door het voedings- en beweegpatroon. Voeding en beweging raken uit balans: mensen eten meer dan ze door beweging verbranden. Hierbij spelen ook omgevingsfactoren een rol, zoals de beschikbaarheid van ongezond eten, reclame hiervoor, gebrek aan speelgelegenheden enz. De regionale cijfers komen grotendeels overeen met de uitkomsten van landelijk onderzoek. Relevante verschillen worden onderstaand vermeld. De norm voor gezonde voeding is minimaal 2 stuks fruit en 200 gram groente per dag. Per leeftijdscategorie is bovendien een norm voor gezond bewegen vastgesteld. Eén op de vijf basisschoolleerlingen in de regio eet niet iedere dag fruit en 68% eet niet iedere dag groente. Landelijk eet 62% niet iedere dag groente. Daarentegen bewegen de basisschoolleerlingen in Noord-Kennemerland meer dan hun leeftijdgenoten elders: 18% voldoet niet aan de norm tegen 24% landelijk. Van de leerlingen op het voortgezet onderwijs eet 67% in de regio onvoldoende groente, eet 77% te weinig fruit en beweegt 76% onvoldoende. Onder volwassenen tot en met 64 jaar eet 69% in de regio onvoldoende groente, eet 70% onvoldoende fruit en beweegt 44% niet genoeg. Van de ouderen vanaf 65 jaar eet 73% in Noord-Kennemerland onvoldoende groente en 53% eet onvoldoende fruit. Van hen beweegt 49% onvoldoende in de winter en 34% in de zomer.

3.4. Diabetes mellitus

De voorspelling is dat het aantal mensen met diabetes mellitus in Nederland tussen 2005 en 2025 met een derde toe zal nemen. Dit hangt mede samen met het probleem van overgewicht. Nu zijn er in Nederland al 600.000 mensen met diabetes mellitus en daar komen er jaarlijks 70.000 bij. Zorgwekkend is ook dat de ziekte zich op steeds jongere leeftijd openbaart. Naar schatting hebben al 250.000 mensen de ziekte al zonder het te weten. Zij hebben hierdoor meer kans op complicaties bij de ziekte. Diabetes mellitus is een ernstige chronische ziekte die zonder passende leefstijl en goede behandeling tot vele complicaties kan leiden waaronder hart- en vaatziekten. Preventie kan echter de

kans op diabetes mellitus verminderen en complicaties voorkomen. Er is al veel bekend over de mogelijkheden om (verergering van) de ziekte te voorkomen. De meeste winst is te halen bij de groepen met een verhoogde kans op diabetes mellitus: jongeren met overgewicht, volwassenen tussen 40 en 50 jaar met overgewicht, mensen met een lage sociaal economische status, mensen van Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse afkomst, zwangere vrouwen en mensen die al diabetes mellitus hebben maar dat nog niet weten.

De GGD heeft geen gegevens verzameld over het vóórkomen van diabetes mellitus onder leerlingen van basisscholen en voortgezet onderwijs in Noord-Kennemerland. Drie procent van de respondenten van de volwassenenenquête in Noord-Kennemerland geeft aan diabetes mellitus te hebben. In een landelijk onderzoek onder de gehele bevolking is het percentage mensen met diabetes mellitus ook 3 procent. Met het stijgen van de leeftijd stijgt ook de prevalentie van diabetes mellitus: bij 65-74-jarigen heeft 8% de ziekte, bij 75-84-jarigen is het 10% en bij 85-plussers 12%. De regionale cijfers voor ouderen komen overeen met het landelijke beeld.

3.5. Psychische gezondheid

Depressie vermindert de kwaliteit van leven sterk. De Wereldgezondheidsorganisatie zet depressie bij vrouwen van 15 tot 40 jaar op de eerste plaats van de veroorzakers van de grootste ziektelasten, bij mannen op de tweede plaats. Per jaar leiden 737.000 volwassenen aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. Mensen die depressief zijn hebben een duidelijke verminderde algemene interesse voor een langere periode. Veelal gaat het gepaard met klachten als slaapstoornissen, concentratieproblemen moeheid en lusteloosheid. Veel mensen in Nederland zijn depressief, maar weinigen worden goed geholpen. Slechts ongeveer 1 procent van het aantal mensen in Nederland dat jaarlijks voor het eerst een depressie krijgt, krijgt preventieve hulp. Preventie kan veel persoonlijk leed en maatschappelijke kosten besparen.

Onder basisschoolleerlingen in Noord-Kennemerland heeft 6% te weinig positieve emoties (vrolijk zijn, lol hebben en leuke dingen doen). Depressieve gevoelens komen voor bij 2% van de kinderen. Deze percentages zijn hoger bij de landelijke referentiegroep (10% resp. 3%). In de andere gezondheidsenquêtes heeft de GGD niet specifiek gevraagd naar het vóórkomen van depressie. Wel zijn vragen naar de algemene psychische gezondheid opgenomen. Zeventien procent van de leerlingen van 12 tot 16 jaar in Noord-Kennemerland voelt zich psychisch minder gezond. Van hen valt 2% in de categorie 'psychisch ernstig ongezond'. In een landelijk onderzoek gaf 13% van de jongeren van 16-24 jaar aan psychisch ongezond te zijn. Dit is een oudere groep dan de regionale onderzoeksgroep. Van de 12-16-jarige scholieren in de regio zegt 19% er in het afgelopen jaar wel eens serieus over te hebben gedacht een einde aan het leven te maken. Drie procent van de leerlingen heeft aangegeven in het afgelopen jaar een zelfmoordpoging te hebben ondernomen. Uit het Nationaal Scholierenonderzoek blijkt dat ruim 20% van de jongeren van 12-18 jaar suïcidedgedachten heeft. Op basis van de volwassenenenquête is 14% van de volwassenen tot 65 jaar in Noord-Kennemerland psychisch ongezond. Dit is vergelijkbaar met landelijk (16%). Een aanzienlijk deel van de ouderen van 65 jaar en ouder kampt met psychische problemen. De uitkomsten voor Noord-Kennemerland zijn vergelijkbaar met landelijke gegevens. Met het toenemen van de leeftijd neemt de psychische gezondheid af. Bijna één op de tien ouderen (8%) voelt zich somber, 16% van de ouderen is psychisch ongezond en 23% voelt zich eenzaam. Vooral ouderen die geen partner hebben zijn vaak eenzaam. Voor een groot deel betreft het vrouwen uit de oudste leeftijdsgroep.

Hoofdstuk 4 Hoe gaat het met de inwoners van Heiloo?

In dit hoofdstuk treft u de resultaten van Heiloo aan van de vier onderzoeken uitgevoerd door de GGD in opdracht van de gemeenten (zie hoofdstuk 3, pagina 11). Wij presenteren de resultaten aan de hand van de vijf speerpunten: roken, alcohol, overgewicht, diabetes mellitus, psychische ongezond. De afkorting NK staat voor Noord-Kennemerland.

4.1. Kinderen in het basisonderwijs

In 2006 heeft een onderzoek plaatsgevonden onder kinderen in het basisonderwijs. Onderstaand treft u de resultaten aan van de gemeente Heiloo. Deze resultaten zetten wij naast het gemiddelde van de Noord-Kennemerland. In totaal hebben twee scholen meegedaan van Heiloo, de Meander en De Springschans. Dit jaar zijn vijf scholen in Heiloo door de GGD benaderd om mee te doen met dit onderzoek.

Speerpunten	Heiloo 2006	NK 2006*
Roken binnen 5 jaar	0,6%	1,3%
Af en toe alcohol	6%	14%
Alcohol binnen 5 jaar	12%	20%
Overgewicht	4,4%	6,7%
Diabetes Mellitus	Niet onderzocht	Niet onderzocht
Psychisch ongezond	1,8%	2,2%

* Exclusief gemeente Schermer.

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat Heiloo gunstig scoort ten opzichte van het gemiddelde Noord-Kennemerland. De GGD geeft aan dat de regio op het speerpunt alcohol slechter scoort dan landelijk. Het landelijk gemiddelde bij "Alcohol binnen 5 jaar" is 15%. Heiloo scoort met 12% onder het landelijk gemiddelde.

De GGD vraagt zich af of de percentages overgewicht betrouwbaar zijn. Het wijkt namelijk af van het landelijke gemiddelde. Landelijk heeft ongeveer één op de vijf kinderen van 4-12 jaar overgewicht: 9%-17% bij jongens en van 15%-25% bij meisjes. De percentages 4,4% en 6,7% zijn beduidend lager dan het landelijke gemiddelde. De GGD ziet geen reden aan te nemen dat het hier in de regio en in Heiloo veel lager zou liggen. De GGD Noord-Kennemerland meet daarom vanaf begin 2006 de lengte en het gewicht van kinderen waardoor straks wel betrouwbare cijfers beschikbaar komen.

4.2. Jongeren op het voortgezet onderwijs

In 2005 heeft een onderzoek plaatsgevonden onder jongeren op het voortgezet onderwijs in Noord-Kennemerland. In totaal hebben 3983 jongeren de enquête ingevuld. Hiervan woont 9% in Heiloo (358 jongeren). De resultaten in het rapport van de GGD zijn niet uitgesplitst naar woongemeente. Onderstaand treft u daarom de resultaten aan van de regio Noord-Kennemerland.

Speerpunten	NK 2005
Roker	10% (dagelijks)
Zwaar alcohol gebruik (1 x per week 6 of meer glazen)	21%
Afgelopen maand dronken geweest	33%
Overgewicht	Gegevens onbetrouwbaar
Ernstig overgewicht (obesitas)	
Diabetes mellitus	Niet onderzocht
Psychisch ongezond	17%

De GGD geeft aan dat het alcohol gebruik onder jongeren zorgwekkend is in de regio. Landelijk is gemiddeld 21% van de jongeren dronken geweest afgelopen maand. In onze

regio is dat 33%. Daar de cijfers niet per woongemeente zijn weergegeven weten we niet of dit ook geldt voor de jongeren die in Heiloo wonen. Echter, er is ons inziens geen reden aan te nemen dat de jongeren in Heiloo “anders” zijn als het gaat om alcoholgebruik dan de gemiddelde jongeren in de regio Noord-Kennemerland.

Ten aanzien van het speerpunt Overgewicht zijn uit het onderzoek onder leerlingen van het voortgezet onderwijs geen betrouwbare gegevens verkregen. Het lijkt erop dat leerlingen het gewicht onderschatten. Daarom registreert de GGD Noord-Kennemerland vanaf begin 2006 de lengte en het gewicht van jongeren waardoor straks wel betrouwbare cijfers beschikbaar komen.

4.3. Volwassenen

De GGD Noord-Kennemerland heeft in 2006 een gezondheidsenquête uitgezet onder de inwoners in Noord-Holland Noord in de leeftijd van 20 t/m 64 jaar. De gemiddelde respons in de totale regio was 74%. In totaal hebben ruim 3.000 inwoners de enquête ingevuld. In 2003 heeft de GGD ook een gezondheidsenquête uitgezet onder deze groep inwoners.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de resultaten van de vijf speerpunten voor Noord-Kennemerland en Heiloo. Wij hebben de resultaten van 2006 vergeleken met die van 2003. Tevens hebben wij de landelijke cijfers per speerpunt in onderstaand overzicht opgenomen.

Speerpunten	Heiloo 2003	NK 2003	Heiloo 2006	NK 2006*	Landelijk
Roken	24%	34%	21%	30%	28%
Zwaar alcohol gebruik (1 x per week 6 of meer glazen)	11%	18%	15%	16%	11%
Overgewicht	31%	32%	32%	32%	34%
Ernstig overgewicht	7%	9%	5%	9%	11%
Diabetes Mellitus	Niet onderzocht	Niet onderzocht	2%	3%	3%
Psychisch ongezond	-	-	12%	14%	16%

Uit dit overzicht blijkt dat Heiloo ten aanzien van het speerpunt:

- Roken het beter doet dan de regio (30% versus 21%)
- Alcohol het “slechter” doet, in de zin dat in de regio een daling zichtbaar is van 18% in 2003 naar 16% in 2006. In Heiloo is een stijging te zien van 11% in 2003 naar 15% in 2006. Ten opzichte van het landelijke gemiddelde scoort Heiloo slechter, 15% in Heiloo versus 11% landelijk.

Naast de landelijke speerpunten constateert de GGD op basis van dit onderzoek dat Heiloo ongunstiger scoort op de thema's “sociale veiligheid” en “geluidshinder door vliegtuigen” dan de andere gemeenten in de regio. In Heiloo voelt men zich vaker onveilig overdag en men rapporteert meer geluidshinder door vliegtuigen. In onderstaand overzicht treft u de percentages aan.

Lokale speerpunten	Heiloo 2006	NK 2006
Sociale veiligheid Voelt zich onveilig overdag	7%	4%
Geluidshinder door vliegtuigen	50%	23%
Slaapverstoord door vliegtuigen	29%	12%

Toelichting

Sociale veiligheid

Het percentage mensen in Heiloo dat zich overdag onveilig voelt, is ongunstiger (7%) dan in de regio waar 4% zich wel eens onveilig voelt. 's Nachts is er geen verschil: in Heiloo voelt 15% van de mensen zich 's nachts niet veilig, in de regio is dit 16%.

Een woonomgeving waar mensen zich veilig voelen is van invloed op het welbevinden van de burger. Mensen kunnen zich onbehaaglijk voelen door een gebrek aan sociale cohesie in de woonbuurt. Een andere factor is de 'ontbedding' van het sociale leven (dat niet langer ingebed is in een vaste, nabije omgeving) en de veranderende sociale banden tussen burgers en binnen groepen. Onveiligheid is een samenlevingsvraagstuk waarbij de gemoederen in alle lagen van de bevolking doorgaans hoog oplopen. Onveiligheid tast de samenhang in onze samenlevingen aan. Onveiligheidsbestrijding is ook een vraagstuk waarmee we elkaar gemakkelijk steeds angstiger kunnen maken. Door een integrale aanpak kan de sociale veiligheid meetbaar worden verbeterd.

Geluidhinder

In Heiloo heeft 50% van de volwassenen geluidshinder van vliegtuigen. 29% van de volwassenen in Heiloo wordt door de geluidshinder van vliegtuigen de slaap verstoord. Landelijk wordt 12% van de bevolking ernstig gehinderd door lawaai van vliegverkeer.

Geluid kan ernstige hinder veroorzaken in de vorm van slaapverstoring en heeft soms (vaak indirect) klinische gezondheidsschade tot gevolg, zoals verhoogde bloeddruk, hart- en vaatziekten en verminderd cognitief functioneren. Het verminderen van vliegverkeer, de ontwikkeling van stillere vliegtuigmotoren en het aanpassen van vliegroutes en de wijze van aanvliegen dragen bij aan het verminderen van dit probleem. Het zijn echter zaken waarop de gemeente weinig invloed hebben. Omgaan met het probleem biedt wellicht meer perspectief, zoals het isoleren van woningen. Over wat wel effectief is in termen van gezondheidswinst is, volgens de GGD, nog veel onbekend.

De GGD adviseert de gemeente Heiloo "sociale veiligheid" en "geluidhinder door vliegtuigen" op te nemen in het lokale gezondheidsbeleid.

4.4. Ouderen

In 2004 heeft een onderzoek plaatsgevonden onder inwoners van Heiloo van 65 jaar en ouder. In totaal hebben 392 ouderen de vragenlijst ingevuld. Dit is een respons van 78%. In onderstaande tabel treft u de resultaten van de gemeente Heiloo in vergelijking met het gemiddelde van de regio Noord-Kennemerland.

Speerpunten	Heiloo 2004	NK 2004
Roker	11%	13%
Zwaar alcohol gebruik	5%	5%
Overgewicht	45%	41%
Ernstig overgewicht (obesitas)	8%	13%
Diabetes Mellitus	Niet bekend per gemeente	10%
Psychisch ongezond	16%	16%

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat Heiloo overwegend beter of gelijk scoort dan de regio. Op het speerpunt overgewicht scoort Heiloo slechter (45% versus 41%).

4.5. Toetsing resultaten

Zoals wij eerder schreven, nemen wij als basis voor het lokale gezondheidsbeleid de vijf landelijke speerpunten. Daarnaast adviseert de GGD ons ook “sociale veiligheid” en “geluidhinder door vliegtuigen” als speerpunt te benoemen voor het lokale gezondheidsbeleid.

De vraag is nu hoe wij onszelf “de maat” nemen ten aanzien van deze zeven speerpunten? Waaraan toetsen wij de resultaten van Heiloo en op basis waarvan besluiten wij of er lokale interventies nodig dan wel wenselijk zijn?

Wij adviseren u een geobjectieerde maat te kiezen voor deze toetsing. Wij stellen u voor de resultaten van Heiloo te toetsen aan het:

- landelijke gemiddelde;
- gemiddelde van Noord-Kennemerland.

Uitgangspunt voor deze toetsing is dat op het moment dat Heiloo lager scoort (slechter) dan het landelijke en/of regionale gemiddelde een lokale interventie nodig is. In onderstaande overzicht treft u onze toetsing aan op basis van dit criterium.

Speerpunt	Basisschoolkinderen	Jongeren	Volwassenen	Ouderen
1. Roken	Beter*	Niet uitgesplitst per gemeente.	Beter	Beter
2. Alcohol	Beter		Slechter**	Gelijk
3. Overgewicht	Beter		Beter	Slechter
4. Diabetes Mellitus	?		Beter	?
5. Psychische gezondheid	Beter		Beter	Gelijk
6. Sociale veiligheid	?	?	Slechter	?
7. Geluidhinder door vliegtuigen	?	?	Slechter	?

* “Beter” betekent dat minder mensen in Heiloo bijv. roken of zwaar alcohol gebruiken in vergelijking met het gemiddelde in Noord-Kennemerland en het landelijke gemiddelde.

** “Slechter” betekent dat meer mensen in Heiloo bijv. zwaar alcohol gebruiken in vergelijking met het landelijke gemiddelde en/of het regionale gemiddelde.

Uit bovenstaande blijkt dat het onderzoek onder jongeren niet is uitgesplitst per gemeente. In paragraaf 3.2. constateert de GGD Noord-Kennemerland het volgende: *Schadelijk alcoholgebruik is in de regio Noord-Kennemerland nog steeds een groter probleem dan elders. Bij de gezondheidsenquête van 4 jaar geleden werd dit resultaat ook gevonden. Het begint al vroeg. In de hoogste groepen van de basisschool wijken leerlingen in de regio met hun alcoholgebruik nog niet af van leerlingen elders, maar wel hebben zij sterker de intentie om in de toekomst te gaan drinken: 21% denkt binnen 5 jaar alcohol te gaan drinken tegen 15% landelijk. Deze intentie maken zij ook waar. Twee op de drie leerlingen van het voortgezet onderwijs heeft de afgelopen vier weken alcohol gedronken en één op de drie leerlingen is de afgelopen maand dronken geweest. In Noord-Kennemerland is 21% van de jongeren een zware drinker. Dat wil zeggen dat zij minstens één maal per week 6 of meer glazen alcohol per dag drinken. Bijna 6% van de leerlingen drinkt zelfs nog meer. Het percentage jongeren dat de afgelopen maand dronken is geweest, ligt in de regio ruim boven het landelijk gemiddelde (33% tegen 21%). Ook onder de volwassen bevolking wijkt Noord-Kennemerland negatief af van het landelijke beeld. In de regio is 16% van de inwoners van 19 tot 64 jaar een zware drinker en dat is hoger dan landelijk gemiddeld (11%).*

Gezien het feit dat de GGD dit in de regio signaleert als één van de grootste gezondheidsproblemen stellen wij u voor “alcoholgebruik onder jongeren” ook als speerpunt op te nemen voor de jaren 2008-2011. Er is ons inziens geen reden aan te

nemen dat de jongeren in Heiloo “anders” zijn als het gaat om alcoholgebruik dan de gemiddelde jongeren in de regio Noord-Kennemerland.

De raad heeft 2 juli 2007 bij amendement besloten het speerpunt ‘overgewicht ouderen’ niet op te nemen in het programma 2008-2011.

4.6. Conclusies

Op basis van bovenstaande toetsing lijken lokale interventies nodig voor de volgende vier speerpunten:

- Alcohol volwassenen (15% in Heiloo, versus 11% landelijk)
- Alcohol jongeren (21% landelijk, versus 33% in Heiloo)
- Overgewicht ouderen (45% in Heiloo, versus 41% landelijk)
- Sociale veiligheid (7% in Heiloo, versus 4% regionaal)
- Geluidhinder door vliegtuigen (50% in Heiloo, versus 23% regionaal en 12% landelijk)

Voor wat betreft de overige drie speerpunten (roken, diabetes en psychische gezondheid) concluderen wij dat er dus geen specifieke lokale interventies nodig zijn. Het handhaven van het huidige aanbod lijkt op grond van deze toetsing voldoende.

Zoals wij eerder schreven, heeft de raad 2 juli 2007 bij amendement besloten het speerpunt ‘overgewicht ouderen’ niet op te nemen in het programma 2008-2011.

In het volgende hoofdstuk treft u het advies aan van de GGD per speerpunt. In de laatste kolom treft u op basis van bovenstaande toetsing en conclusies ons ambtelijke advies aan.

Hoofdstuk 5 Advies GGD Noord-Kennemerland			
Speerpunt	(Regionale) doelstelling	Aanbevelingen GGD Noord-Kennemerland	Ambtelijk advies
Roken	In 2010 moet het percentage rokers zijn teruggebracht tot 20% van de bevolking (nu 30% van de volwassen bevolking).	<ul style="list-style-type: none"> • Sluit aan op de landelijke aanpak. Het kabinet neemt, samen met betrokken partijen, samenhangende maatregelen in het kader van de preventienota <i>Kiezen voor gezond leven</i>. Deze worden jaarlijks in een actieplan beschreven. • Maak gebruik van de landelijke <i>Richtlijn tabakspreventie in het lokaal gezondheidsbeleid</i>. Deze is opgesteld door STIVORO in samenwerking met een aantal gemeenten en GGD-en. De richtlijn bevat tal van praktische handvatten voor gemeenten zoals: <ul style="list-style-type: none"> - afspraken met zorgverleners over 'stoppen met roken advisering' en ondersteuning - mogelijkheden voor doorverwijzing naar gerichte hulpverlening inclusief het informeren van publiek en professionals hierover - toegankelijkheid stoppen met roken ondersteuning vergroten door lokaal goed en goedkoop aanbod van ondersteuning te bieden - afspraken maken over betere bescherming niet-roker (sport, horeca, gemeentelijke instellingen) - beschikbare initiatieven (beter) gebruiken op school (bijv. rookvrije school), in de zorg (cursus stoppen met roken), de wijk en op het werk • Ontwikkel en implementeer in het bijzonder interventies op het gebied van roken voor personen met een lage sociaal economische status 	Aanbevelingen niet overnemen.
Alcohol	Kinderen drinken later: in 2010 moet het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar met 25% zijn teruggebracht. 'Niet drinken onder de 16 jaar' moet de algemeen geaccepteerde norm worden. Nu heeft echter 74% wel eens alcohol gedronken, 67% heeft de afgelopen maand alcohol gedronken en 21% is een	<ul style="list-style-type: none"> • Sluit aan op de landelijke aanpak, zoals de projecten <i>Alcohol en opvoeding</i> (geen alcohol onder de 16 jaar) en <i>De gezonde school en genotmiddelen</i>. Ook werkt het kabinet aan een versterking van de rol van de burgemeester in het kader van de Drank- en horecawet. In plaats van het college van burgemeester en wethouders gaat de burgemeester de vergunningen verlenen. Hij krijgt bovendien aanvullende bevoegdheden naar horeca- en slijtersbedrijven. 	GGD om een advies "op maat" te vragen voor een effectief programma om het alcoholgebruik onder "volwassenen met kinderen" en onder "jongeren" in Heiloo te minderen.

Hoofdstuk 5 Advies GGD Noord-Kennemerland			
Speerpunt	(Regionale) doelstelling	Aanbevelingen GGD Noord-Kennemerland	Ambtelijk advies
	<p>zware drinker. Relatief minder volwassen zware drinkers: in 2010 moet het aantal 'zware drinkers' onder de volwassenen in de regio zijn teruggebracht van 16% naar 12%. Dit sluit aan bij de landelijke doelstelling, die een afname van probleemdrinkers nastreeft van 25%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maak bij het formuleren van regionale en lokale acties gebruik van de door het kabinet op te stellen handleiding alcoholbeleid. • Zorg voor een herkenbaar regionaal programma met in het oog springende maatregelen (naar voorbeeld van het succesvolle <i>Smoke Free</i>) die worden gedragen door een brede coalitie. Mobiliseer om te beginnen het bedrijfsleven in de regio. • Voor jongeren is een krachtige, gezamenlijke aanpak nodig die bestaat uit de combinatie van regelgeving, handhaving en voorlichting: <ul style="list-style-type: none"> - Geef jongeren en ouders voorlichting gericht op verantwoord alcoholgebruik. - Neem beperkende maatregelen op plaatsen waar jongeren vaak komen en zorg voor handhaving. Er zijn drastischer maatregelen nodig dan alleen voorlichting. Zo moet alcohol verboden worden op scholen (schoolfeesten) en in het jeugd- en jongerenwerk. Ook moeten sportverenigingen grenzen stellen. Ook uitgaansgelegenheden hebben in deze een grote verantwoordelijkheid. Behalve de betrokken organisaties zelf kunnen de gemeenten een stimulerende rol spelen. Bij gesubsidieerde organisaties kunnen zij bovendien sturen via de subsidievoorwaarden. 	
Overgewicht	<p>- Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen - Het percentage volwassenen met overgewicht moet gelijk blijven De kwantificering van deze doelstelling kan plaatsvinden nadat er regionale cijfers beschikbaar komen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sluit aan op de landelijke aanpak. De overheid (landelijk en gemeentelijk) moet samen met scholen, bedrijfsleven, werkgevers en zorgsector burgers gaan helpen 'de gezonde keuze' gemakkelijker te maken. Landelijk hebben verschillende partijen hiertoe het convenant <i>Energie in Balans</i> ondertekend. Collectieve voorlichting over een gezonde leefstijl moet hand in hand gaan met het beweegvriendelijker maken van de omgeving (bijv. door middel van veilige fiets- en wandelroutes) en aanvullende individuele ondersteuning. 	<p>GGD om een advies "op maat" te vragen voor een effectief programma om het overgewicht onder ouderen in Heiloo te minderen. De raad heeft 2 juli 2007 bij amendement besloten dit speerpunt niet op te nemen in het programma 2008-2011.</p> <p>Wij adviseren u hier een besluit</p>

Hoofdstuk 5 Advies GGD Noord-Kennemerland			
Speerpunt	(Regionale) doelstelling	Aanbevelingen GGD Noord-Kennemerland	Ambtelijk advies
		<ul style="list-style-type: none"> • Vertaal het landelijke convenant in regionale en lokale acties en maak hierbij gebruik van de nog (door het kabinet) op te stellen handleiding. Bouwstenen voor de aanpak in Noord-Kennemerland: <ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkel gerichte voedingsvoorlichting, waarbij verschillende preventie-instrumenten worden ingezet bij verschillende doelgroepen, zoals bijvoorbeeld jongeren, volwassenen, ouderen, personen met een lage sociaal economische status en allochtonen. Gebruik hierbij methoden in te zetten die hun waarde hebben bewezen. Dit speelt een belangrijke rol omdat veel jongeren en hun ouders en andere volwassenen niet eens weten dat ze niet aan de normen van gezond eten en bewegen voldoen; - Breng Noord-Kennemerland in beweging: investeer in sport en beweging. - Vergroot de effectiviteit van preventieactiviteiten door middel van diverse omgevingsfactoren, zoals het aanbod van gezonde voedingsmiddelen op school (schoolmelk en schoolfruit), het beperken van tussendoortjes op school en mogelijkheden om te sporten of buiten te spelen in de directe woonomgeving. 	<p>over te nemen op basis van de evaluatie van de twee projecten (zie paragraaf 1.3).</p> <p>N.B. Te uwer informatie: Overgewicht voor kinderen op de basisschool was het speerpunt van het lokale gezondheidsbeleid in de periode 2004-2007.</p>
Diabetes	Binnen de preventie programma's wordt specifieke aandacht aan diabetes mellitus geschonken. Zowel de risicofactoren, als de vroeg-opsporing van diabetes mellitus en het voorkómen van complicaties dienen hierin betrokken te worden. De landelijke doelstelling is lastig te evalueren gezien de lange termijn die genoemd wordt en het geringe percentage diabetes mellitus patiënten in de regio.	<ul style="list-style-type: none"> • Sluit aan op het landelijke programma <i>Kijk op Diabetes</i>. Dit programma bevat algemene publieksvoorlichting en een meerjarige campagne voor groepen met een hoog risico. • Zet in de regio enkele pilots op om samen met huisartsen voorlichting te geven, diabetes mellitus op te sporen bij risicogroepen en te zorgen voor een goede doorverwijzing voor behandeling. • Voer de aanbevelingen uit die zijn gericht op de aanpak van overgewicht 	Aanbevelingen niet overnemen.
Psychische	Minder mensen voelen zich psychisch	<ul style="list-style-type: none"> • Sluit aan op de landelijke aanpak die is gericht op het 	Aanbevelingen niet overnemen.

Hoofdstuk 5 Advies GGD Noord-Kennemerland			
Speerpunt	(Regionale) doelstelling	Aanbevelingen GGD Noord-Kennemerland	Ambtelijk advies
gezondheid	<p>ongezond. Het percentage basisschoolleerlingen met weinig positieve emoties moet in 2010 zijn gedaald van 6% nu naar 4%. Het aantal mensen dat zich psychisch ongezond voelt moet in 2010 zijn gedaald tot 13% van de leerlingen van het voortgezet onderwijs (nu 17%), 11% van de volwassenen tot 65 jaar (nu 14%) en 12% van 65-plussers (nu 16%). Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies.</p>	<p>vergroten van het bereik van de bewezen effectieve interventies. De landelijke aanpak bestaat uit het ontwikkelen van programma's die gericht zijn op het vroegtijdig signaleren van psychische klachten/depressie en e-health voor preventie (zoals internetcursussen).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maak gebruik van de nog te verschijnen handleiding gemeentelijk preventiebeleid van het Trimbos instituut en GGZ Nederland. Breng vooruitlopend hierop het regionale en lokale hulpaanbod in kaart en breng betrokken partijen met elkaar in contact zodat de basis wordt gelegd voor een betere regionale afstemming m.b.t. interventies psychische problematiek. • Zet een combinatie van maatregelen in gericht op preventie van psychische problematiek van jongeren: <ul style="list-style-type: none"> - Voor jongeren: een brede preventieve aanpak inclusief maatregelen als vroegsignalering en het bevorderen van psychosociale competentie (bijvoorbeeld door training van sociale vaardigheden). - Voor ouders en opvoeders: opvoedingsondersteuning om de competentie en vaardigheden te versterken en de draaglast te verminderen. Verder is vroegsignalering van belang zodat ouders tijdig in contact gebracht kunnen worden met de jeugdgezondheidszorg. - Voor de omgeving: een goede pedagogische infrastructuur in de dagelijkse leefomgeving van jongeren en ouders: de buurt, de school en andere voorzieningen op lokaal niveau. • Maak werk van eenzaamheidspreventie onder ouderen door middel van onder andere sociale activering, ontwikkelen van informele netwerken, het verbeteren van persoonlijke competenties en het vergroten van de bekendheid en het bereik van activiteiten voor ouderen. 	
Sociale veiligheid	<p>Verbeteren van de sociale veiligheid. Aantal mensen dat zich onveilig overdag</p>	<p>Naast de steun van de eigen sociale omgeving dient er ook ondersteuning te zijn van professionals als het gaat om de fysieke</p>	<p>Aanbeveling van de GGD niet overnemen. Op dit onderwerp</p>

Hoofdstuk 5 Advies GGD Noord-Kennemerland			
Speerpunt	(Regionale) doelstelling	Aanbevelingen GGD Noord-Kennemerland	Ambtelijk advies
	voelt verminderen van 7 naar 4%. Dit resultaat moet bereikt zijn in 2011.	aspecten van een buurt (o.a. vervuiling). Deze aanbeveling sluit aan bij het advies van de Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling (RMO). Het RMO benadrukt dat het belangrijk is dat politie en justitie zichtbaar en aanspreekbaar zijn. Bovendien moeten bevoegde instanties adequaat kunnen reageren bij problemen.	komen wij terug op het moment dat de Politiemonitor beschikbaar is. De verwachting is dat deze gegevens half juni 2007 beschikbaar zijn.
Geluidhinder	Verminderen van het aantal mensen met slaapverstoring als gevolg van lawaai van vliegtuigen. Aantal mensen dat door lawaai van vliegtuigen last heeft van slaapverstoring verminderen van 29% naar 20%. Dit resultaat moet bereikt zijn in 2011.	Organiseer samen met de betrokken gemeenten een expertmeeting met deskundigen op verschillende terreinen om meer inzicht te krijgen in het gezondheidsprobleem en de mogelijke aanpak hiervan.	Aanbeveling wel overnemen.

Bron: "Regioparagraaf lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010, het advies van de GGD Noord-Kennemerland" februari 2007.

Hoofdstuk 6 Programma 2008-2011

Wij stellen u voor, op basis van de toetsing en conclusies in paragraaf 4.5. en 4.6. het volgende programma uit te voeren in de komende jaren 2008-2011:

Speerpunt	Doelstelling	2008	2009	2010	2011
Alcohol volwassen met kinderen/jongeren	Aantal volwassen met zwaar alcoholgebruik terugbrengen van 15% naar 11%. Dit resultaat moet bereikt zijn in 2011.	10.000	10.000	10.000	
Alcohol jongeren	Aantal jongeren dat de afgelopen maand dronken is geweest terugdringen van 33% naar 21%. ³ Dit resultaat moet bereikt zijn in 2011.	10.000	10.000	10.000	
Overgewicht ouderen	Aantal ouderen met overgewicht van 45% terugbrengen naar 41%. Dit resultaat moet bereikt zijn in 2011.	De raad heeft 2 juli 2007 bij amendement besloten dit speerpunt niet op te nemen in het programma 2008-2011.			
Overgewicht basisschoolleerlingen ⁴	Na evaluatie van de projecten een besluit nemen over wel of niet continueren van lokale interventies. U ontvangt hier een apart advies over.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
Sociale veiligheid	Op dit speerpunt komen wij terug op het moment dat de Politiemonitor beschikbaar is. De verwachting is dat deze gegevens half juni 2007 beschikbaar zijn. U ontvangt hier apart advies over.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
Geluidshinder door vliegtuigen	Verminderen van het aantal mensen met slaapverstoring als gevolg van lawaai van vliegtuigen. Aantal mensen dat door lawaai van vliegtuigen last heeft van slaapverstoring verminderen van 29% naar 20%. Dit resultaat moet bereikt zijn in 2011.	5.000	p.m.	p.m.	
Totaal		25.000	20.000	20.000	p.m.

Wij stellen u voor om voor de jaren 2008 € 25.000 te ramen, 2009 € 20.000 en voor 2010 € 20.000 te ramen voor interventies gericht op het verminderen van het aantal volwassen met zwaar alcoholgebruik, ouderen met overgewicht en slaapverstoring door geluidshinder van vliegtuigen. Deze bedragen zijn op dit moment incidenteel en nog indicatief van aard.

Wij stellen voor deze bedragen op te voeren als ruimtevragende maatregelen in de begroting 2008 en volgende jaren. Tijdens de behandeling van de begroting in november 2007 de raad te vragen in te stemmen met deze uitgaven voor de komende jaren.

Voor de behandeling van de begroting in de raad wij beschikken over een gespecificeerde begroting van de GGD gebaseerd op een concreet activiteiten aanbod voor bovengenoemde speerpunten. Indien blijkt uit het voorstel van de GGD dat bovenstaande bedragen ontoereikend zijn dan laten wij dit u tijdig weten.

³ Wij gaan ervan uit dat het alcoholgebruik onder jongeren in Heiloo niet afwijkt van het alcoholgebruik van jongeren in de regio Noord-Kennemerland.

⁴ Overgewicht voor kinderen op de basisschool was het speerpunt van het lokale gezondheidsbeleid in de periode 2004-2007.