

**INHOUDSOPGAVE NOTA VOLKSGEZONDHEIDSBELEID ETTEN-LEUR
2009-2012**

Samenvatting	3
Inleiding	5
1. Visie en doestelling(en) volksgezondheidsbeleid	7
2. Kaders volksgezondheidsbeleid	8
2.1 Wet Publieke Gezondheid	8
2.2 Het landelijk volksgezondheidsbeleid	9
2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning	10
3. Belangrijke feiten gezondheidssituatie van Etten-Leur	12
3.1 Overmatig alcoholgebruik	13
3.2 Overgewicht	13
3.3 Roken	14
3.4 Depressie en eenzaamheid	15
3.5 Diabetes	17
3.6 Dementie	17
4. Speerpunten voor beleid 2009-2012	19
4.1 Versterking regierol van de gemeente	20
4.2 Het terugdringen en voorkomen van overmatig alcohol- gebruik	23
4.3 Het terugdringen en voorkomen van overgewicht en bewegingsarmoede	32
4.4 Het terugdringen en voorkomen van depressie en eenzaamheid	37
4.5 Vroegsignalering en ondersteuning dementerenden en hun omgeving	42
5. Het financieel kader	45

SAMENVATTING

De Wet publieke gezondheid (Wpg), voorheen de Wet collectieve preventie volksgezondheid, verplicht de gemeente om iedere vier jaar een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid vast te stellen. In mei 2004 is de eerste nota voor de periode 2004-2008 vastgesteld. Nu ligt de tweede nota volksgezondheidsbeleid voor de periode 2009 –2012 voor, die uitvoering geeft aan de kaders, zoals deze in het Wmo-beleidsplan 2008-2011 door de raad op 31 maart 2008 zijn vastgesteld.

Ook in deze nota wordt wederom uitgegaan van de brede visie op gezondheid. Gezondheid is niet de afwezigheid van ziekte of gebrek maar een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. De hoofddoelstelling “het blijven verbeteren van de gezondheid van de Etten-Leurse burgers” trachten wij te verwezenlijken door een integrale aanpak van gezondheidsproblematieken, waarbij de gemeente de regie voert, zowel intern vanuit de diverse gemeentelijke beleidsterreinen als extern in afstemming en samenwerking met betrokken partijen. Bevordering van gezondheid vindt plaats door (evidence based) interventies, gericht op een gezonde leefstijl en gedrag.

In 2007 heeft de GGD West-Brabant de bevindingen van de gezondheidssituatie van de Etten-Leurse burgers samengevat in de kernboodschappen “Gezondheid telt! In Etten-Leur”. Tevens hebben wij gebruik gemaakt van de meest recente cijfers uit de monitors ouderen (65-plussers) en jeugd (12 t/m 17 jaar). Door de inzet van preventieve activiteiten binnen het onderwijs en sport is met name binnen de doelgroep jeugd een positieve trend te zien binnen de thema’s overgewicht/bewegen en alcohol/drugsgebruik. Ondanks deze positieve resultaten geeft de gezondheidssituatie in Etten-Leur nog een aantal zorgelijke punten te zien. Op basis hiervan hebben wij vijf speerpunten voor beleid geformuleerd.

1. Versterking regierol van de gemeente.

Gezondheid is een facet van allerlei andere beleidsterreinen, zoals sport, onderwijs, binnen- en buitenmilieu, veilige fietspaden, speelplekken enz. Een integrale aanpak van gezondheidsproblematieken vanuit de diverse beleidsterreinen verhoogt de effectiviteit van maatregelen en levert meer gezondheidswinst op. Samenwerking en afstemming zijn essentieel om de gestelde doelen te bereiken. Interne regie is ook noodzakelijk om het aspect gezondheid te bewaken bij allerhande bestuurlijke beslissingen, één van de wettelijke taken op grond van de Wcpv.

Naast de interne regie is ook de externe regie belangrijk. Op het terrein van de volksgezondheid zijn veel partijen actief met ieder hun eigen taken, verantwoordelijkheden en belangen. De gemeente dient partijen aan te zetten tot samenwerking en bundeling van krachten. In dit kader ontwikkelen wij een organisatiebreed proces van samenwerking en afstemming om vanuit de verschillende gemeentelijke beleidsvelden de doelstellingen van het gezondheidsbeleid te realiseren en aspecten van volksgezondheid mee te laten wegen in bestuurlijke beslissingen. Tevens zetten wij in op een proces van samenwerking en commitment om externe partijen te bewegen de doelstellingen van het gezondheidsbeleid te realiseren. Het meetbaar formuleren van de doelstellingen is essentieel om zowel de interne als externe regie te kunnen versterken.

2. Het (verder) terugdringen en voorkomen van overmatig alcoholgebruik.

Overmatig alcoholgebruik is slecht voor de gezondheid. Vooral voor jongeren onder de 16 jaar zijn de effecten van alcohol sneller en heftiger. Het heeft een negatief effectief op de ontwikkeling van de hersenen en door de ontremmende werking van alcohol is er een grotere kans op verkeersongevallen, risicovol seksueel gedrag en geweld/overlast.

Een effectief alcoholmatigingsbeleid vereist een integrale aanpak vanuit de beleidsterreinen volksgezondheid, jeugd, sport, vergunning en handhaving en openbare orde en veiligheid. De acties uit het regionale plan van aanpak “niet praten, maar samen doen” van de 18 gezamenlijke gemeenten, de GGD West-Brabant en Novadic-Kentron vormen de basis voor de activiteiten. Aanvullend daarop worden lokale activiteiten ontwikkeld.

3. Het (verder) terugdringen en voorkomen van overgewicht en bewegingsarmoede.

Overgewicht is een toenemend volksgezondheidsprobleem zowel bij jeugdigen als bij volwassenen. Belangrijkste oorzaken van overgewicht zijn te weinig lichaamsbeweging en te veel én ongezond eten.

Preventie-programma's, gericht op gezonde voeding en bewegen, zowel voor de doelgroep jeugd als volwassenen vormen de belangrijkste activiteiten binnen dit speerpunt.

4. Het terugdringen en voorkomen van depressie en eenzaamheid.

Mensen met een depressie doen een groter beroep op de gezondheidszorg en hebben moeite om actief en volwaardig te participeren in de samenleving. Depressie is een belangrijke oorzaak van schooluitval, arbeidsverzuim en sociaal isolement. Sociale en maatschappelijke participatie dragen bij aan preventie van depressie. Voorkoming en vermindering van depressie en eenzaamheid vereist dan ook een integrale aanpak.

Het voortzetten en verder ontwikkelen van de ingezette activiteiten, gericht op het vroegtijdig herkennen, signaleren en doorverwijzen, vormen een belangrijk onderdeel van het plan van aanpak.

5. Vroegsignalering en ondersteuning dementerenden en hun omgeving.

Dementie betekent een onomkeerbare achteruitgang van het psychisch functioneren met lichamelijke, sociale en maatschappelijke gevolgen. Dementie verstoort niet alleen het dagelijks leven van de dementerende zelf maar eveneens die van zijn omgeving. Met de juiste zorg en aandacht van familie en professionele zorg aan huis kan het leven met dementie vergemakkelijkt worden.

In het kader van dit speerpunt worden activiteiten ontwikkeld inzake het vroegtijdig herkennen van symptomen, het versterken van de mantelzorgondersteuning en de invulling van de functie van casemanagement.

Voor de concrete activiteiten per speerpunt verwijzen wij naar de plannen van aanpak, zoals wij die bij ieder speerpunt hebben uitgewerkt. Ook al is het effect of resultaat van lokaal gezondheidsbeleid vaak niet meteen zichtbaar, de gemeentelijke doelstellingen hebben wij zo concreet en meetbaar mogelijk geformuleerd. Aan de hand van de door de GGD West-Brabant uit te voeren monitors zullen wij meten in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald.

In de gemeentebegroting zijn middelen opgenomen voor de basistaken en maatwerktaken van de GGD West-Brabant en Thebe Jeugdgezondheidszorg. De inzet van deze middelen blijft ongewijzigd. Hetzelfde geldt voor de middelen collectieve preventie ggz.

Om een aantal extra preventieve interventies op de speerpunten alcoholmatiging, overgewicht en depressie en eenzaamheid te kunnen uitvoeren, zijn extra middelen noodzakelijk. Omdat deze activiteiten nog concreet moeten worden uitgewerkt, de aanbieders en kosten hiervan nog niet bekend zijn, wordt voorgesteld deze steeds in de kadernota en 1^e bestuursrapportage op te nemen.

INLEIDING

Zorg dragen voor de volksgezondheid is, samen met het rijk, een taak voor de gemeente. De Wet publieke gezondheid (voorheen Wet collectieve preventie volksgezondheid) regelt de taken en verantwoordelijkheden voor de gemeente ten aanzien van de openbare gezondheidszorg. Deze wet verplicht dat iedere gemeente iedere vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt.

De Nota volksgezondheidsbeleid Etten-Leur 2004-2008, vastgesteld door de gemeenteraad op 4 mei 2004, is de eerste gemeentelijke nota op het terrein van de volksgezondheid. Op basis van deze nota is een aantal activiteiten in gang gezet ter verbetering van de gezondheid van de burgers van Etten-Leur. Met name binnen het onderwijs is veel geïnvesteerd in het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het is moeilijk aan te geven in hoeverre deze activiteiten effectief zijn geweest en hebben geleid tot gezondheidswinst. De resultaten van de meest recente Jeugdmonitor 12-18 jaar van de GGD West-Brabant laten echter een positieve ontwikkeling zien. Reden om bestaande activiteiten voort te zetten.

In het Wmo-beleidsplan 2008-2011 zijn door de raad op 31 maart 2008 de kaders vastgesteld voor de Wet maatschappelijke ondersteuning alsmede voor de Wet publieke gezondheid.

Deze nota volksgezondheidsbeleid is een van de uitvoeringsnotities van dit beleidsplan. Tijdens de voorbereiding en vaststelling van het Wmo-beleidsplan is uitgebreid gecommuniceerd met burgers en instellingen.

In augustus 2008 hebben wij de procedure van deze uitvoeringsnota gepresenteerd aan de gemeenteraad. Op basis van de cijfers van de gezondheidsmonitors en de lokale kernboodschappen van de GGD West-Brabant, hebben wij aangegeven dat wij op basis van een vier-tal geformuleerde speerpunten in overleg zouden gaan met betrokken partijen. Deze vier speerpunten waren: versterking van de gemeentelijke regierol, het terugdringen en voorkomen van overmatig alcoholgebruik, het terugdringen en voorkomen van overgewicht en het terugdringen en voorkomen van depressie en eenzaamheid. Omdat we uitgaan van de brede definitie van (volks)gezondheid is afstemming en samenwerking vereist. Interne samenwerking vanuit de diverse gemeentelijke beleidsterreinen, externe samenwerking met betrokken externe partijen.

Op 19 augustus 2008 hebben wij een eerste concept van deze nota voorgelegd aan de twee Wmo-contactgroepen. Beide contactgroepen hebben erop aangedrongen een vijfde speerpunt aan de nota toe te voegen, namelijk vroegsignalering en ondersteuning dementerenden en hun omgeving. Ook op de eerdergenoemde speerpunten zijn betekenisvolle suggesties gedaan, welke wij in het thans voorliggende concept hebben verwerkt. Het concept hebben wij eveneens voorgelegd aan de huisartsen in Etten-Leur. De huisartsen hebben via de Huisartsenkring West-Brabant de speerpunten van de nota onderschreven. De gemaakte suggesties en opmerkingen hebben wij verwerkt in het thans voorliggende concept.

Dit concept is op 24 december 2008 wederom voorgelegd aan de Wmo-adviesraad en het Wmo-aanbiedersoverleg (voorheen Wmo-contactgroepen). Daarnaast is het concept voor inspraak voorgelegd aan de adviesraden Seniorenraad, Gehandicaptenplatform, Cliëntenraad Sociale Zaken en het Platform Minima en Maatschappelijk Welzijn. De concept-nota hebben wij ook voorgelegd aan alle plaatselijke huisartsen en sportverenigingen.

Alle partijen zijn in de gelegenheid gesteld tot 1 februari 2009 te reageren. De inspraakreacties hebben wij verzameld in een eindverslag. Dit eindverslag is aan de nota toegevoegd. Veel reacties zijn verwerkt in deze definitieve versie van de nota volksgezondheidsbeleid Etten-Leur 2009-2012.

Na vaststelling door het college van burgemeester en wethouders is de nota voor kennisgeving aangeboden aan de gemeenteraad.

In deze nota wordt in hoofdstuk 1 ingegaan op de visie en de doelstelling(en) van het lokaal volksgezondheidsbeleid. In hoofdstuk 2 schetsen wij de kaders, zowel wettelijk, landelijk als lokaal.

In hoofdstuk 3 brengen wij de gezondheidssituatie van de Etten-Leurse burgers in beeld aan de hand van de vijf landelijke speerpunten. Vervolgens benoemen wij in hoofdstuk 4 de speerpunten van beleid voor de gemeente Etten-Leur voor de komende vier jaren.

1. VISIE EN DOELSTELLING(EN) VOLKSGEZONDHEIDSBELEID

Visie op (volks)gezondheid

Zoals wij in de voorgaande nota volksgezondheidsbeleid hebben gedaan, gaan wij ook in deze nota uit van de brede definitie van (volks)gezondheid. Gezondheid vatten wij niet alleen op als de afwezigheid van ziekte of gebrek maar als een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van de burgers. Iedere vorm van maatschappelijke ondersteuning draagt bij aan het welbevinden en dus aan de gezondheid van burgers.

Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag en voor hoe gezond men leeft. Hoewel vrijwel iedereen veel waarde hecht aan een goede gezondheid, maakt niet iedereen altijd even gezonde keuzes. De gemeente wil echter meewerken aan de verbetering van omstandigheden die ongezondheid veroorzaken en wil, daar waar nodig, kwetsbare groepen ondersteunen, die moeite hebben om gezonde keuzes te maken.

Doelstellingen volksgezondheidsbeleid

De hoofddoelstelling van het volksgezondheidsbeleid in de voorgaande nota volksgezondheid luidde:

“De gemeente Etten-Leur stelt zich tot taak de gezondheid van de burgers van Etten-Leur te verbeteren” .

Deze hoofddoelstelling is naar onze mening nog steeds van kracht. Wij willen echter met deze nota en met de ervaringen en de ontwikkelingen van de afgelopen jaren meer de nadruk leggen op een *integraal gezondheidsbeleid*. Het bevorderen van een gezonde leefstijl en gedrag (preventie) blijft een belangrijke activiteit ter verbetering van de volksgezondheid, maar het met elkaar verbinden van diverse beleidsterreinen leidt tot een hogere effectiviteit van de verschillende interventies. We bekijken immers gezondheid vanuit een brede context. Veilige voet- en fietspaden, voldoende groen en speelmogelijkheden, sport- en beweegmogelijkheden, een gezond binnen- en buitenmilieu, alcohol- en drugsmatiging, gezonde (school)kantines, het zijn allemaal factoren die de gezondheid verbeteren.

Om een zo hoog mogelijke effectiviteit van preventieve maatregelen te bereiken, willen wij daarbij zoveel mogelijk gebruik maken van interventies, die zich in de praktijk bewezen hebben, de zogenaamde evidence based interventies en best practices.

Gelet hierop formuleren wij de hoofddoelstelling van het volksgezondheidsbeleid voor de jaren 2009-2012 als volgt:

“het blijven verbeteren van de gezondheid van de burgers van Etten-Leur”.

Deze hoofddoelstelling verwezenlijken wij door:

- *Een integrale aanpak van gezondheidsproblematieken, waarbij de gemeente de regie voert, zowel extern (afstemming en samenwerking met betrokken partijen) en intern (vanuit diverse gemeentelijke beleidsterreinen).*
- *Het bevorderen van de gezondheid middels (evidence based) interventies gericht op een gezonde leefstijl en gedrag (preventie), waarbij voortzetting van bestaande interventies uitgangspunt zijn.*

2. KADERS VOLKSGEZONDHEIDSBELEID

Gemeenten zijn regisseurs en beleidsbepalers in de openbare gezondheidszorg. Het domein van de openbare gezondheidszorg is de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking. Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid met betrekking tot de gezondheid van haar burgers, namelijk de Grondwet, de Gemeentewet, de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In de Grondwet en de Gemeentewet staat dat de gemeente een algemene verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van burgers en voor een samenhangend en toegankelijk gezondheidszorgstelsel in de regio. Beide wetten schrijven geen taken of activiteiten voor. De Wpg en de Wmo noemen wel verschillende taken, deze worden hieronder toegelicht. Naast de vier voornoemde wetten bestaan er nog diverse andere wetten waarin de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de openbare volksgezondheid verankerd is.

2.1. Wet publieke gezondheid

De belangrijkste wet voor deze nota is de Wet publieke gezondheid. Deze wet is per 1 december 2008 in werking getreden en vervangt de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv¹), de Infectieziektewet en de Quarantainewet. In deze wet zijn veel taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de collectieve preventie neergelegd bij de gemeente. De gemeente heeft immers directe invloed op de leefomgeving van haar burgers. Behalve de collectieve preventie (gezond blijven) draagt de Wpg ook expliciet aan de gemeenteraad op te zorgen voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg (cure).

De Wpg verplicht de gemeenten om vierjaarlijks een nota vast te stellen met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie. Verder zijn in de Wpg de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente op het gebied van de openbare gezondheidszorg vastgelegd. Op basis van de Wpg dient de gemeente zorg te dragen voor de volgende taken:

- *Monitoring*: het verwerven van – epidemiologisch - inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie.
- *Integraal gezondheids- of facetbeleid*: het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.
- *Gezondheidsbevordering*: op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding.
- *Medische milieukundige zorg*: het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;
- *Technische hygiënezorg*: het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;
- *Infectieziektebestrijding*: infectieziektebestrijding, waaronder algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuber-

¹ De Wet publieke gezondheid is per 1 december 2008 van kracht. Belangrijkste wijzigingen hebben betrekking op de infectieziektebestrijding.

culosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding

- *Jeugdgezondheidszorg 0-19*: waaronder monitoring en signalering van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren, vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding, het aanbieden van rijksvaccinaties, het ramen van de behoeften aan zorg, het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen
- *Psychosociale hulpverlening*: het bieden van psychosociale hulp bij rampen.

Sinds 1 januari 2007 is de wettelijke inbedding voor het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg op gemeentelijk niveau overgeheveld naar de Wmo.

De Wpg bepaalt dat gemeenten ten behoeve van de uitvoering van een aantal wettelijke taken een gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand dienen te houden. Voor de gemeente Etten-Leur is dit de GGD West-Brabant. De gemeente is hierbij financier en opdrachtgever. De GGD is dus het primaire instrument van de gemeentelijke overheid om gezondheidsdoelstellingen te verwezenlijken. Uiteraard werkt de GGD daarin samen met zowel andere gemeentelijke instellingen als externe partners.

Uitgelicht: Integraal gezondheidsbeleid

Op basis van de Wpg zijn gemeenten verplicht om integraal gezondheidsbeleid te voeren. Dit betekent dat vanuit verschillende beleidsterreinen samen wordt gewerkt aan volksgezondheid. Gezondheid wordt namelijk beïnvloed door veel verschillende factoren. Deels zijn dit factoren die door beleid zijn te beïnvloeden: leefstijl, sociale en fysieke omstandigheden en gezondheidszorg. Het beleid over deze factoren wordt niet alleen gemaakt binnen de beleidsterreinen volksgezondheid of welzijn, maar ook binnen andere beleidsterreinen, zoals sport, sociale zekerheid, onderwijs, veiligheid, ruimtelijke ordening, verkeer en milieu. Wij kiezen bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid dan ook voor een integrale, afdelingsoverstijgende aanpak.

Uitgelicht: Regierol gemeenten

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

2.2. Het landelijke volksgezondheidsbeleid

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. De nota 'Kiezen voor gezond leven' geldt voor de periode 2007-2010. Hierin geeft het kabinet de zes belangrijkste volksgezondheidsproblemen aan: psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, kanker, ziekten bewegingsapparaat, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes. Deze hoofdproblemen zijn gekozen op basis van de volgende criteria:

- het zijn omvangrijke gezondheidsproblemen,
- met grote (toekomstige) maatschappelijke gevolgen voor gebruik van medische voorzieningen en arbeidsdeelname,

- waarvan gezond gedrag de oorzaak (voor een deel) kan beïnvloeden,
- waarvoor geschikte (kosten)effectieve interventies beschikbaar zijn die het gezondheidsprobleem kunnen voorkomen of verkleinen,
- die interventies worden nog niet op grote schaal uitgevoerd,
- en de overheid een rol kan vervullen in de aanpak van het gezondheidsprobleem.

Het kabinet geeft in de nota aan dat de volgende speerpunten zijn gekozen, omdat ze een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen.

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht (bewegen en voeding)
- Diabetes
- Depressie

Het rijk verwacht dat alle gemeenten deze landelijke prioriteiten vertalen naar de lokale situatie.

2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning

Met de invoering van de Wmo per 1 januari 2007 heeft de gemeente nog een instrument in handen gekregen voor een doeltreffend gezondheidsbeleid. Op grond van deze wet heeft de gemeente ook verantwoordelijkheden voor onderdelen van de care (verzorging). Doel van de Wmo is het bevorderen dat mensen 'meedoen' in de samenleving. Op grond van deze wet moet de gemeente beleid en voorzieningen regelen op negen prestatievelden die in de wet staan beschreven. Eens per vier jaar geeft de gemeente in een beleidsplan aan welke prestatie ze precies gaat leveren op de negen velden.

De Wmo heeft raakvlakken met de Wpg. Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk leven en het bevorderen van gezondheid liggen namelijk in elkaars verlengde. Gezondheid en participatie versterken elkaar; mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder en andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij mogelijk. Met het volksgezondheidsbeleid wordt dan ook (deels) invulling gegeven aan de prestatievelden van de Wmo.

De gemeenteraad heeft d.d. 31 maart 2008 het Wmo-beleidsplan 2008-2011 vastgesteld. De kaders van het volksgezondheidsbeleid zijn in deze nota vastgelegd. Wij zien deze combinatie als een eerste start om te komen tot een geïntegreerd Wmo – volksgezondheidsbeleid.

Uitgelicht: Belang van preventie in relatie tot zorg, welzijn en wonen

Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt. Binnen de Wmo zal veel aandacht uitgaan naar de zichtbare individuele voorzieningen. Er is echter veel (gezondheids)winst te behalen wanneer vroeg in het (ziekte) proces wordt ingegrepen. Het is dan ook van belang dat gemeenten (blijven) investeren in preventie. De preventie die voorafgaat aan de cure, zorg (care) en welzijn, maar ook aan de preventie binnen die branches. Preventie, cure en care zijn eigenlijk opeenvolgende stadia in het (ziekte)proces. *Preventie* vindt plaats om te voorkomen dat een ziekte optreedt, zich manifesteert of verergert. Bij preventie gaat het er niet alleen om ziekten te voorkomen, maar ook om de gezondheid van de bevolking te handhaven en te verbeteren. Dit betekent onder andere bevorderen dat mensen optimaal functioneren, zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal. Ook een aantal onderdelen van welzijn hangt samen met preventie en zorg (cure en care). *Welzijn* is gericht op de bevordering van maatschappelijke participatie, sociale samenhang en het creëren van een vangnet voor de zwakkeren in de samenleving. Onder welzijn valt een aantal zaken, die zeer dicht tegen zorg aanzitten, zoals de voorzieningen voor gehandicapten, het Algemeen Maatschappelijk werk en de maatschappelijke opvang en verslavingszorg.

Samengevat zijn de kaders voor het lokale volksgezondheidsbeleid op een drietal niveaus vastgesteld, namelijk:

1. De Wet publieke gezondheid (Wpg).

De gemeente heeft op basis van deze wet taken uit te voeren, zoals omschreven in de inleiding van de notitie. In het kader van het Basistakenpakket voert de GGD West-Brabant deze hoofdzakelijk wettelijke taken uit voor de gemeente Etten-Leur.

Eind september 2008 is binnen de gemeenten van het werkgebied van de GGD West-Brabant de discussie over een nieuw Basistakenpakket afgerond. Dit nieuwe Basistakenpakket biedt de gemeenten een verantwoord en kwalitatief goed uitvoeringsniveau van de wettelijke taken. Dit stelt de gemeenten in staat optimaal uitvoering te geven aan hun lokale gezondheidsbeleid.

2. Het landelijk volksgezondheidsbeleid: de landelijke speerpunten zijn richtinggevend voor het lokale volksgezondheidsbeleid. Het betreft de speerpunten: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie.

3. Het Wmo-beleidsplan, vastgesteld door de gemeenteraad op 31 maart 2008. In dit beleidsplan zijn kaders gesteld voor het Wmo-beleid en voor het volksgezondheidsbeleid. Deze kaders zijn voortgekomen uit de lokale kernboodschappen, zoals geformuleerd door de GGD West-Brabant in "Gezondheid telt! In Etten-Leur". Deze zijn gebaseerd op de gezondheidssituatie, zoals beschreven in hoofdstuk 3 van dit beleidsplan. De kaders voor het volksgezondheidsbeleid in het Wmo-beleidsplan staan verdeeld beschreven bij de diverse prestatievelden. Naar onderstaande categoriën hebben wij deze als volgt samengevat.

Algemeen

- Sterker regie oppakken door de gemeente, die daarbij haar eigen rol inzake de wonen, zorg en welzijn oppakt met ketenregie als uitgangspunt.
- Nadruk op integraal beleid om een hogere effectiviteit te bereiken, het bewaken van gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen.

Jongeren

Onder de belangrijkste risicogroepen bevinden zich de jongeren . Bevordering van gezond gedrag is op basis van de gezondheidsgegevens noodzakelijk op de volgende onderwerpen:

- Het voorkomen van overgewicht
- Matiging alcoholgebruik
- Preventie van psychische stoornissen via opvoedingsondersteuning
- Vergroting weerbaarheid en sociale vaardigheden
- Realisering van een sluitende keten van zorg binnen een Centrum voor Jeugd en Gezin.

Volwassenen en senioren

- Voorkoming en vermindering van eenzaamheid en depressie.
- Versterking van de functies advisering en cliëntondersteuning binnen loket Elz, startpunt voor zorg, welzijn en wonen.

3. BELANGRIJKE FEITEN GEZONDHEIDSSITUATIE VAN ETTEN-LEUR

In dit hoofdstuk brengen wij de belangrijkste feiten van de gezondheidssituatie voor de gemeente Etten-Leur in beeld. Deze cijfers komen uit de gezondheidsmonitors, die vierjaarlijks per leeftijdsgroep door de GGD West-Brabant worden uitgevoerd. In 2003 is de Jeugdmonitor (12-17 jaar) uitgevoerd, in 2005 de Volwassenenmonitor (19-64 jaar), begin 2006 de ouderenmonitor (65-plussers) en in 2007 wederom de Jeugdmonitor (12-17 jaar). In oktober 2008 zijn de resultaten van de Jeugdmonitor beschikbaar gekomen. Deze hebben wij in dit hoofdstuk opgenomen. Eind 2008 wordt de Jeugdmonitor (0-11 jaar) uitgevoerd. De resultaten hiervan komen in het najaar van 2009 beschikbaar.

Daarnaast heeft de GGD West-Brabant in 2006 een regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (rVTV) uitgevoerd waarin de gezondheid van de bevolking in West-Brabant in kaart is gebracht. In aanvulling daarop is per gemeente een lokaal gezondheidsprofiel opgesteld en zijn kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd. Voor de gemeente Etten-Leur zijn deze gegevens gebundeld in de publicatie "Gezondheid telt! In Etten-Leur".

De gezondheidssituatie in Etten-Leur verschilt op een aantal punten met die van de regio en die van Nederland. Het is echter belangrijk om niet alleen op deze verschillen te focussen, maar vooral te kijken naar de ernst en omvang van de verschillende problemen. Door de inzet van diverse preventieve activiteiten binnen het onderwijs en sport is met name binnen de doelgroep jeugd en jongeren een positieve trend te zien binnen de thema's overgewicht/bewegen en alcohol/drugsgebruik. Ondanks deze positieve resultaten geeft de gezondheidssituatie in Etten-Leur nog een aantal zorgelijke punten te zien en is het belangrijk de ingeslagen weg voort te zetten en op diverse punten te intensiveren.

De belangrijkste bevindingen, zoals die zijn samengevat in de kernboodschappen "Gezondheid telt! In Etten-Leur", zijn de volgende:

- Artrose, coronaire hartziekten en diabetes zijn veel voorkomende chronische ziekten in Etten-Leur;
- Eenzaamheid en psychische ongezondheid komen in Etten-Leur vaak voor;
- Gezondheidsverschillen in Etten-Leur zijn niet geografisch lokaliseerbaar;
- Roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding en lichamelijke inactiviteit dragen het meest bij aan ongezondheid;
- Overgewicht is een groot probleem;
- Ook in Etten-Leur spelen milieufactoren een rol, zowel wat betreft het binnenmilieu (ventilatie e.d.) als buitenmilieu (luchtkwaliteit, verkeerslawaaai e.d.)
- Ongezond gedrag en overgewicht komen bij jongen in Etten-Leur veel voor;
- Alcoholgebruik onder jongeren vereist blijvende aandacht;
- In de toekomst zal meer zorg nodig zijn vanwege de vergrijzing in Etten-Leur.

Voor een uitgebreide beschrijving alsmede de cijfers verwijzen wij naar de bijlage "Gezondheid telt! In Etten-Leur".

De bevindingen uit "Gezondheid telt!, in Etten-Leur" dateren uit 2007. Nadien zijn meer actuele cijfers beschikbaar gekomen uit de monitors ouderen en jeugd. De cijfers hebben wij bij de onderstaande problematieken in beeld gebracht. De bevindingen van "Gezondheid telt!, in Etten-Leur" dienen daarom binnen dit perspectief gezien te worden.

Aan de hand van de vijf landelijke speerpunten, zoals benoemd in hoofdstuk 2, hebben wij de gezondheidssituatie in beeld gebracht, startend met landelijke cijfers gevolgd door lokale cijfers.

1. Overmatig alcoholgebruik

Landelijke cijfers

Onder de volwassenen is het percentage overmatig² drinkende mannen en vrouwen de laatste jaren niet veel veranderd. Hoewel mannen over de hele lijn meer overmatig drinken, zijn onder vrouwen met een hoog opleidingsniveau de meeste overmatige drinkers te vinden. Zwaar alcoholgebruik komt vooral voor bij mannen met een lage sociaal economische status (SES).

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

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

Lokale cijfers

Tabel: Overmatig alcoholgebruik in Etten-Leur

	Jeugd 2003 (12 t/m 17 jaar)	Jeugd 2007 (12 t/m 17 jaar) ³	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Alcohol in afgelopen 4 wkn	51% (53%)	34% (41%)	-	-
Overmatig alcoholgebruik			11% (12%)	10% (11%)
In afgelopen 4 weken op één of meer weekenddagen 6 glazen of meer alcohol	13% (13%)	11% (13%)	-	-

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

In 2007 heeft 34% van het aantal jongeren in Etten-Leur recent alcohol gedronken; in 2003 was dit nog 51%, een aanzienlijke afname. Het percentage jongeren dat in de afgelopen 4 weken op minstens 1 weekenddag 6 glazen of meer heeft gedronken is in 2007 vergelijkbaar met 2003. Juist het drinken van een grote hoeveelheid alcohol in korte tijd is schadelijk op jonge leeftijd.

2. Overgewicht

Landelijke cijfers

De verwachting is dat, wanneer de trend zich op dezelfde manier voortzet, het percentage volwassenen met ernstig overgewicht (obesitas) landelijk gezien de komende 20 jaar met 50% zal toenemen. Mogelijk zal de toename zelfs sterker zijn, omdat er aanwijzingen zijn dat

² Overmatig drinken: mannen wekelijks minimaal 6 glazen per dag en vrouwen wekelijks minimaal 4 glazen per dag.

³ In deze tabel worden alleen de 12- tot en met 17-jarigen met elkaar vergeleken omdat de 18-jarigen niet zijn meegenomen in 2003.

de trend de komende jaren sterker zal stijgen dan in het verleden. Zo maakt de omgeving van mensen dat het steeds eenvoudiger wordt om te kiezen voor ongezond eten en te weinig bewegen: “de ongezonde keuze is veelal de makkelijkste keuze”.

Lokale cijfers

Tabel: Mensen met overgewicht in Etten-Leur

	Jeugd 2003 (12 t/m 17 jaar)	Jeugd 2007 (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Overgewicht	11% (11%)	7% (13%)	49% (47%)	-
Ernstig overgewicht	0,9% (2%)	1.2% (2%)	12% (11%)	14% (14%)

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

In Etten-Leur heeft 49% van de volwassenen overgewicht en heeft 12% ernstig overgewicht. In 2003 had 11% van de jongeren van 12 t/m 17 jaar overgewicht. In 2007 is dit nog 7%, een positieve ontwikkeling ten opzichte van 2003. Ook ten opzichte van West-Brabant (13%) is dit minder hoog.

Ernstig overgewicht wordt door de jongeren in Etten-Leur minder vaak gerapporteerd dan in West-Brabant. Metingen van lengte en gewicht bij kinderen uit Etten-Leur van 5 en 6 jaar laten zien dat 12% te dik is. Bij de kinderen van 10 en 11 jaar is 13% te dik.

Tabel: Gezond eten en bewegen in Etten-Leur

	Jeugd 2003 (12 t/m 17 jaar)	Jeugd 2007 (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Niet dagelijks groente	63% (67%)	64% (63%)	79% (77%)	72% (74%)
Niet dagelijks fruit	74% (76%)	76% (73%)	70% (73%)	50% (51%)
Beweegt onvoldoende ⁴	-	79% (78%) ⁵	44% (43%)	37% (39%)

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

De meeste jongeren, de meeste volwassenen én de meeste ouderen eten niet dagelijks groente en fruit. . Bovendien beweegt bijna 8 op de tien jongeren, ruim vier op de tien volwassenen en één op de drie ouderen te weinig,.

3. Roken

Landelijke cijfers

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

Landelijk gezien daalt het percentage volwassenen rokers. Na een langdurige daling van het percentage rokers (vooral bij mannen) en een stabilisatie in de negentiger jaren (op circa 33%), is het percentage rokers de laatste jaren weer gedaald naar 28% in 2006. Het percentage rokers is vooral hoog bij de 25- tot 35-jarige mannen (39%) en is het laagst bij de 65-plussers. Bij jongeren en volwassenen met een lage opleiding is het percentage rokers ech-

⁴ norm voor voldoende beweging voor jongeren: zeven dagen per week minimaal één uur per dag bewegen & voor volwassenen: minstens vijf dagen per week een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit & voor 55+: minstens vijf dagen per week een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit

⁵ Dit is het percentage van de leeftijdsgroep 12 t/m 18 jaar

ter groter dan bij mensen met een hbo- of universitaire opleiding. Het verschil in het percentage rokers tussen laagopgeleiden en hoogopgeleiden is de afgelopen vijftien jaar ook groter geworden

Tussen 1997 en 2006 lijkt het percentage rokende jongeren (10- tot 19-jarigen) te zijn gedaald; bij de jongsten naar 6% en bij de oudsten naar 37%. In een eerdere periode was dit percentage juist licht gestegen.

Lokale cijfers

Tabel: Roken in Etten-Leur

	Jeugd 2003 (12 t/m 17 jaar)	Jeugd 2007 (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Rookt dagelijks sigaretten	6% (9%)	4% (7%)	22% (28%)	-
Rookt	13% (14%)	7% (10%)	26% (31%)	16% (16%)

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

Ruim één op de vijf volwassenen in Etten-Leur rookt dagelijks. Van de jongeren van 12 t/m 17 jaar rookt 4% (2007) dagelijks sigaretten. Het aantal rokers onder ouderen is in navolging van de landelijke trend met 16% ook in Etten-Leur lager dan onder volwassenen.

4. Depressie en eenzaamheid

Landelijke cijfers

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

Eenzaamheid en depressie in Etten-Leur

Via de schriftelijke gezondheidsenquêtes van de GGD kan niet worden vastgesteld hoeveel mensen in Etten-Leur daadwerkelijk aan een depressie lijden. Wel wordt gemeten hoe mensen zelf hun psychische gezondheid ervaren.

Tabel: Inwoners van Etten-Leur met een als slecht ervaren psychische gezondheid volgens schaal MHI-5

	Jeugd 2003 (12 t/m 17 jaar)	Jeugd 2007 (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Ervaren psychische gezond is slecht ⁶	11% (13%)	13% (14%)	20% (18%)	25% (21%)

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

Eén op de vijf volwassenen ervaart een slechte psychische gezondheid. 13% van de jongeren geeft in 2007 aan de eigen geestelijke gezondheid slecht te noemen. Wanneer Etten-Leur met de regio wordt vergeleken ervaren volwassenen in Etten-Leur iets vaker de psychische gezondheid als slecht. Tot slot voelt een kwart van de ouderen in Etten-Leur zich psychisch ongezond. Dit percentage is hoger vergeleken met de regio West-Brabant.

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

⁶ Somscore MHI-5 < 60

Uit de ouderenenquête 2006 blijkt dat in Etten-Leur 19% van de ouderen het gevoel heeft de regie over het eigen leven niet meer in de hand te hebben.

Daarnaast kan eenzaamheid een belangrijke risicofactor zijn voor het ontwikkelen van een depressie.

Zo komt depressie meer dan gemiddeld voor bij mensen (vooral mannen) die weinig sociale steun krijgen en zich eenzaam voelen, zoals alleenstaanden en gescheiden mensen. Verder kunnen uiteenlopende traumatische of stressvolle gebeurtenissen de kwetsbaarheid voor psychische stoornissen, waaronder depressie, verhogen.

Tabel: Eenzaamheid in Etten-Leur

	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Is matig of (zeer) ernstig eenzaam	42% (40%)	52% (49%)

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

Eenzaamheid komt onder inwoners van Etten-Leur veel voor. Net als in de regio voelt in Etten-Leur ruim 40% van de volwassenen zich eenzaam. Verder voelt 13% van de ouderen zich zeer ernstig eenzaam. Dit aantal is hoger vergeleken met de regio West-Brabant. Eenzaamheid is dus in de gemeente Etten-Leur een belangrijk probleem dat de kwaliteit van leven van met name ouderen aantast.

Zoals hierboven beschreven, is uit de ouderenenquête gebleken, dat ouderen zich vaker psychisch ongezond voelen en vaker (zeer) eenzaam en minder zelfredzaam zijn. Gezien deze resultaten hebben wij de GGD West-Brabant verzocht een nadere analyse te maken van de doelgroep ouderen in relatie tot bovengenoemde drie indicatoren. Op basis van de gevonden kenmerken heeft de GGD West-Brabant risicoprofielen beschreven.

Een kwart van de ouderen in Etten-Leur voelt zich psychisch ongezond. Kenmerken van deze groep zijn:

- Meer vrouwen dan mannen.
- Ouderen die moeten rondkomen van alleen AOW.
- Ouderen die gebruik maken van zorgvoorzieningen zoals huisarts, medisch specialist, paramedici en GGZ.
- Ouderen die één of meer chronische aandoeningen hebben.
- Eenzame ouderen en ouderen die ergens niet naartoe gaan vanwege vervoersproblemen.

In Etten-Leur voelt 52% zich eenzaam, waarvan 13% zich (zeer) ernstig eenzaam voelt. Kenmerken van deze groep zijn:

- Ouderen die professionele zorg ontvangen.
- Ouderen die het afgelopen jaar contact hebben gehad met een GGZ-instelling.
- Ouderen die vervoersproblemen ervaren.

Van de ouderen in West-Brabant is 22% niet zelfredzaam. Kenmerken van deze groep zijn:

- Ouderen van 75 jaar en ouder hebben vaker een lage zelfredzaamheid.
- Ouderen die moeten rondkomen van alleen AOW.
- Ouderen die gebruik maken van zorgvoorzieningen zoals huisarts, medisch specialist, paramedici of GGZ.
- Ouderen die één of meer chronische aandoeningen hebben.
- Ouderen die vervoersproblemen ervaren.

5. Diabetes

Landelijke cijfers

Het aantal patiënten met diabetes is sinds de tweede helft van de jaren negentig sterk gestegen; in 2003 waren het er 600.000. Elk jaar komen er landelijk zo'n 70.000 diabetespatiënten bij. Bovendien hebben naar schatting 250.000 mensen diabetes zonder dat ze het weten. Verwacht wordt dat het aantal diabetespatiënten nog verder toe zal nemen. De voornaamste redenen voor deze stijging zijn (ernstig) overgewicht, te weinig beweging, roken en de vergrijzing van de bevolking. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen (vergrijzing) zal het absolute aantal personen met diabetes mellitus tussen 2005 en 2025 met 32,5% stijgen. Daarnaast is het waarschijnlijk dat het aantal patiënten met diabetes nog harder stijgt door de toename van het aantal mensen met overgewicht. Daarnaast zorgt de toegenomen alertheid van huisartsen en de bevolking zelf op deze ziekte voor een toename in het aantal gediagnosticeerde diabetespatiënten.

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

Lokale cijfers

Tabel: Mensen met diabetes mellitus in Etten-Leur

	Jeugd 2003 (12 t/m 17 jaar)	Jeugd 2007 (12 t/m 17 jaar)	Volwassenen (19 t/m 64 jaar)	Ouderen (65-plus)
Diabetes mellitus, vastgesteld door arts	0,7% (0,3%)	0,3% (0,5%)	5% (3%)	15% (15%)
Obesitas	1% (2%)	1.2% (2%)	12% (11%)	14% (14%)

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

Diabetes is één van de meest voorkomende chronische ziekten in West-Brabant. Onbekend is uiteraard hoeveel mensen er met ongediagnosticeerde diabetes rondlopen. In Etten-Leur stijgt het aantal 65-plussers in de periode 2005 tot 2015 met 45% tot 7.302. Gelet hierop en op het groeiende aantal inwoners van Etten-Leur met (ernstig) overgewicht, zal ook in Etten-Leur het aantal mensen met diabetes de komende jaren stijgen.

6. Dementie

Landelijke cijfers

Naar schatting lijdt 1,5% van de mensen tussen 65 en 69 jaar aan dementie. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op dementie toe. Zo heeft meer dan 30% van de mensen boven de 80 jaar dementie. Op dit moment zijn er in Nederland naar schatting zo'n 200.000 mensen bij wie de diagnose dementie is vastgesteld, waarvan circa 10.000 dementiepatiënten jonger zijn dan 60 jaar. Door de toenemende vergrijzing zal het aantal dementerenden sterk toenemen.

Daarnaast zijn nog zo'n 740.000 partners, kinderen, andere familieleden en vrienden direct betrokken bij de zorg voor mensen met dementie.

Uit onderzoek van Nivel (2007) blijkt dat 20% van de mantelzorgers van dementiepatiënten ernstig overbelast is. Onderzoek in het kader van het Landelijk Dementie Programma geeft aan dat 67% van de mantelzorgers de hulp tekortschiet. Mantelzorgers hebben behoefte aan meer informatie, advies en zorgcoördinatie door een vaste, deskundige en onafhankelijke begeleider.

Lokale cijfers

Wanneer we deze cijfers loslaten op de gemeente Etten-Leur constateren we dat zo'n 500 burgers van Etten-Leur lijden aan dementie. Daarnaast zijn ongeveer 1.800 partners, kinderen, andere familieleden en vrienden betrokken bij de zorg voor mensen met dementie.

4. SPEERPUNTEN VOOR BELEID 2009-2012

Uit de rVTV van de GGD West-Brabant blijkt dat de gezondheidssituatie van de gemeente Etten-Leur niet veel afwijkt van het Nederlands gemiddelde. Op de vijf landelijke vastgestelde speerpunten (overmatig alcoholgebruik, overgewicht, roken, depressie en diabetes) is ook voor de gemeente Etten-Leur veel gezondheidswinst te behalen. Gezondheidswinst kan onder meer tot uiting komen in:

- een langere levensverwachting
- meer jaren van het leven doorbrengen in goede gezondheid
- meer kwaliteit van het leven
- een daling van het aantal nieuwe gevallen van ziekte of aandoening.

Op basis van de gezondheidssituatie van de Etten-Leurse bevolking, de hoofd- en subdoelstellingen en de vastgestelde kaders formuleren wij de speerpunten voor de volksgezondheid van de Etten-Leurse burgers voor de komende 4 jaren als volgt:

- 1. Versterking regierol van de gemeente.**
- 2. Het (verder) terugdringen en voorkomen van overmatig alcoholgebruik.**
- 3. Het (verder) terugdringen en voorkomen van overgewicht.**
- 4. Het terugdringen en voorkomen van depressie en eenzaamheid.**
- 5. Vroegsignalering en ondersteuning dementerenden en hun omgeving.**

Niet alleen in het kader van het volksgezondheidsbeleid zijn de afgelopen jaren interventies ingezet, maar eveneens in het kader van het jeugdbeleid, onderwijs, sportbeleid, stadsbeheer en buurtbeheer zijn activiteiten gestart, die bijdragen aan de gezondheid van de Etten-Leurse burgers. Het is onze uitdrukkelijke bedoeling deze activiteiten voort te zetten.

Met name op de problematieken van alcoholgebruik en overgewicht zien we bij de jeugd verbeteringen in 2007 ten opzichte 2003. Een voorzichtige conclusie is dat de bestaande interventies vruchten afwerpen. Daar de mate van alcoholgebruik en overgewicht nog steeds zorgwekkend is, zullen interventies worden voortgezet en uitgebreid.

In onderstaande paragrafen hebben wij de speerpunten verder uitgewerkt in de mate van problematiek, het bestaande beleid en de gemeentelijke doelstellingen, gevolgd met een plan van aanpak, waarbij de producten/acties in tijd zijn weggezet. We geven hierbij aan welke partijen daarbij betrokken zijn. In vetgedrukte letters is steeds aangegeven wie daarin de trekkersrol heeft.

Tevens wordt in het plan van aanpak de monitoring en evaluatie genoemd. Ook al is het effect of resultaat van lokaal gezondheidsbeleid vaak niet meteen zichtbaar, we hebben de gemeentelijke doelstellingen zo concreet en meetbaar mogelijk geformuleerd om over vier jaar te weten of de gestelde doelen zijn behaald. Jaarlijks zullen wij een tussenrapportage van deze nota opstellen om te bezien hoe de stand van zaken is over de afgelopen periode en of bijsturing en/of intensivering voor de resterende looptijd van deze nota noodzakelijk is. Wij zullen hierbij gebruik maken van de epidemiologische rapportages/monitors van de GGD West-Brabant. Zo is in het najaar van 2008 de Jeugdmonitor 0 t/m 11 jaar uitgevoerd. De resultaten zullen in de loop van 2009 bekend worden. In het najaar van 2009 zullen de volwassenen- (19 t/m 64 jaar) en de ouderenmonitor (65-plussers) worden uitgevoerd.

4.1. Versterking regierol van de gemeente.

Het versterken van de regierol is noodzakelijk om met integraal beleid te kunnen voldoen aan de hoofddoelstelling van het volksgezondheidsbeleid, namelijk *"het blijven verbeteren van de gezondheid van de burgers van Etten-Leur"*. Een integrale aanpak van gezondheidsproblematieken vanuit de diverse beleidsterreinen die de gezondheid raken, verhoogt de effectiviteit van maatregelen en levert uiteindelijk meer gezondheidswinst op.

Wanneer we het over regie hebben, kunnen we op het terrein van de volksgezondheid externe regie en interne regie onderscheiden.

Externe regie is aan de orde omdat op het terrein van de volksgezondheid ook andere (externe) partijen met hun eigen taken, verantwoordelijkheden en belangen actief zijn. Belangrijke partners voor gemeenten op het gebied van volksgezondheid zijn de GGD en de thuiszorgorganisaties, maar ook welzijnsinstellingen, ggz-instellingen, onderwijs, woningcorporaties, huisartsen en natuurlijk de burgers en cliënten zelf.

Regievoeren betekent partijen aanzetten tot samenwerking en bundeling van krachten om de gemeentelijke ambities en doelen in de openbare gezondheidszorg te realiseren. De gemeente moet partijen met elkaar verbinden, overstijgende en/of gemeenschappelijke belangen en doelen formuleren, voorwaarden en structuren scheppen, die de samenwerking bevorderen of zelfs afdwingen.

Het is belangrijk om te sturen in de richting van samenwerkingsvormen, die passen bij de ambities en bij de mogelijkheden van de samenwerkingspartners. Voorbeelden van samenwerkingsvormen zijn platforms en werkgroepen, projecten, ketens en netwerken en tot slot het vormen van een nieuwe organisatie.

Bij de uitvoering van het activiteitenprogramma van de Etten-Leurse nota volksgezondheidsbeleid 2004-2008 is een eerste stap in de goede richting gezet om tot afstemming en samenwerking te komen tussen de diverse taken en activiteiten. Zo zijn ketenafspraken gemaakt in het kader van het Maatschappelijk Steunsysteem (MASS) en de gebiedsgebonden consultatie GGZ.

Deze nieuwe nota biedt Etten-Leur kansen om deze regierol te versterken om daarmee de effectiviteit van preventie te vergroten.

Interne regie heeft te maken met samenwerking en afstemming tussen gemeenten én met samenwerking en afstemming binnen de eigen gemeente/organisatie. Gezondheid is een facet van allerlei andere beleidsterreinen. Veilige fietspaden, voldoende speelplekken, minimeerbeleid, sportbeleid, een gezond binnen- en buitenmilieu etc zijn gemeentelijke beleidsterreinen, die invloed hebben op de gezondheid van burgers. Inspanningen op verschillende beleidsterreinen versterken elkaar en vullen elkaar aan om gezamenlijk (afdelingsoverstijgende) doelen te bereiken op het gebied van gezondheidsbeleid. Samenwerking en afstemming tussen de diverse beleidsterreinen is daarom essentieel en de regierol van de bestuurder wordt sterker door het meetbaar formuleren van de doelstellingen. Een combinatie van maatregelen op verschillende beleidsterreinen heeft het meeste effect op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering.

Interne regie is ook noodzakelijk om het aspect gezondheid te bewaken bij allerhande bestuurlijke beslissingen, één van de wettelijke taken op grond van de Wpg. We moeten hierbij bij voorbeeld denken aan het realiseren van een woonwijk, het aanleggen van fietspaden, het bouwen van scholen ed.

Daarnaast hebben we ook te maken met regionale samenwerking tussen gemeenten. De belangrijkste betreft die in de Gemeenschappelijke Regeling Openbare Gezondheidszorg (GGD West-Brabant) en de ambulancezorg (GR RAV Brabant Midden/West/Noord), maar eveneens de samenwerking tussen centrumgemeente en regiogemeenten in het kader van de Maatschappelijke Opvang, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg.

Bestaand beleid

Interne regie:

Binnen de beleidsterreinen van de afdeling Samenleving en met die van Gebiedsontwikkeling, Stadsbeheer en Vergunning en Handhaving worden gezamenlijk projecten en activiteiten geïnitieerd, waarbij vanuit de brede definitie van gezondheid en welzijn rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten.

We denken hierbij bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van activiteiten op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning, interventies als “armoede en gezondheid bij kinderen”, activiteiten opgezet vanuit de sportbeleidsnota.

Ook op andere beleidsterreinen wordt op ad-hoc basis rekening gehouden met aspecten van volksgezondheid. Veelal wordt hiermee al binnen de wet- en regelgeving rekening gehouden, zoals bij het milieuwetgeving, de drank- en horecawet.

Externe regie:

Op initiatief van en onder regie van de gemeente zijn de afgelopen jaren activiteiten gestart in de vorm van ketenafspraken. We noemen het Maatschappelijk Steunsysteem (MASS), waarbij ketenpartners bij elkaar zijn gebracht en afspraken zijn gemaakt om personen met een complexe problematiek te signaleren, het zorgaanbod op elkaar af te stemmen en opvang, begeleiding en zorg efficiënt en doelmatig in te zetten.

Tevens zijn in 2008 met medewerking van de GGZ Regio Breda afspraken gemaakt over de inzet van de ggz-consulent. Eerste en tweede lijn werken in de pilot “gebiedsgebonden consultatie” aan het optimaliseren van de samenwerking rondom mensen met psychische en psychiatrische problematiek. De ggz-consulent signaleert en schat de problematiek in, ondersteunt/adviseert professionals (Wmo-loket, thuiszorg, AMW, huisartsen en 1elijnspsychologen) over de omgang met cliënten en draagt bij aan een snelle en juiste verwijzing.

Gemeentelijke doelstellingen

Rekening houdend met de verantwoordelijkheden van de diverse betrokken partijen, kan naar onze mening de gemeente haar regierol, zowel intern als extern, verstevigen door:

- Beleidskeuzes uit te werken in meer heldere en haalbare doelen;
- Doelgroepen en aanbieders te betrekken bij het formuleren van doelen en prioriteiten;
- Door verantwoordelijken aan te wijzen voor actiepunten en hierbij te zorgen voor afstemming en samenhang (ketenregie en integraal beleid).
- Er voor te zorgen dat bij relevante beslissingen steeds wordt meegewogen in hoeverre gezondheidsaspecten aan de orde zijn en worden meegewogen.
- Voldoende waarborgen in te bouwen voor de realisering van de actiepunten, onder andere door voldoende middelen te reserveren.
- Concrete afspraken te maken over monitoring en tussenevaluatie van de doelen waarmee ook ruimte wordt gecreëerd voor eventuele nieuwe ontwikkelingen.

Bovenstaande punten zijn steeds uitgangspunten bij de uitwerking van de volgende speerpunten van beleid. Per actiepunt zal nadrukkelijk aangegeven worden hoe de regie intern en extern wordt vormgegeven.

4.1 Versterking regierol van de gemeente

Doelstelling	Producten	Betrokkenen	Planning	Geraamde kosten en financiering	Monitoring en evaluatie
Aspecten van volksgezondheid meenemen in bestuurlijke beslissingen	Bijeenkomst organiseren om collegae van betrokken beleidsterreinen bewust te maken van volksgezondheidsaspecten met de resultaten van milieu- en gezondheidsscan als input.	Medewerkers afdelingen gemeente Etten-Leur Afd. Samenleving in samenwerking met GGD West-Brabant	Vanaf 2 ^o kwartaal 2009	Milieu- en gezondheidsscan is pilot van GGD West-Brabant waaraan Etten-Leur in 2009 kosteloos kan deelnemen. Ureninzet medewerkers: p.m. (€ 80,-- per uur)	Verslag bijeenkomst als input voor het ontwikkelen van organisatiebrede werkwijze. Jaarlijkse tussenrapportage nota vgz aan raad en Wmo-adviesraad.
	Organisatiebrede werkwijze/structuur ontwikkelen om volksgezondheidsaspecten mee te laten wegen in bestuurlijke beslissingen.	Afd. Samenleving in samenwerking met meest betrokken collegae	Gereed per 2010	N.v.t.	Jaarlijkse tussenrapportage nota vgz aan raad en Wmo-adviesraad.
Versterken interne regie	Het ontwikkelen van een proces van samenwerking en afstemming om vanuit verschillende gemeentelijke beleidsvelden de doelstellingen van het gezondheidsbeleid te realiseren.	Afhankelijk van het onderwerp/project	Planning sluit aan bij projecten voortvloeiende uit de speerpunten van deze nota.	N.v.t.	Middels betreffende project en Jaarlijkse tussenrapportage nota vgz aan raad en Wmo-adviesraad.
Versterking externe regie	Ontwikkelen van een proces van samenwerking en commitment om externe partijen te bewegen de doelstellingen van het gezondheidsbeleid te realiseren.	Afhankelijk van het onderwerp/project	Zie verder planning van de speerpunten uit deze nota	N.v.t.	Middels betreffende project en Jaarlijkse tussenrapportage nota vgz aan raad en Wmo-adviesraad.

4.2 Het (verder) terugdringen en voorkomen van overmatig alcoholgebruik.

Alcoholpreventie heeft als doel verantwoord alcoholgebruik te stimuleren en de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik te voorkómen. Alcohol is het meest gebruikte en meest wijdverbreide genotmiddel in Nederland. Alcoholverslaving behoort tot de top 10 van gezondheidsproblemen. Terugdringen van het alcoholgebruik levert gezondheidswinst op op het terrein van ongevallen en chronische aandoeningen, zowel lichamelijke aandoeningen als psychische stoornissen (o.a. angststoornissen en depressie).

Overmatig alcoholgebruik heeft talrijke schadelijke gevolgen. Naast gezondheidsproblemen voor de drinker zelf (o.a. leveraandoeningen, beschadiging van maag en alvleesklier, verhoogde kans op hoge bloeddruk en daarmee op beroerten en bepaalde hartziekten) levert het ook risico's en schade op voor de omgeving. Schadelijk alcoholgebruik hangt samen met agressie, criminaliteit, openbare orde en verkeersveiligheid. Denk aan gezinnen van alcoholisten, slachtoffers van agressie, van verkeersongevallen, ouders van kinderen die teveel drinken, werkgevers geconfronteerd met alcohol gerelateerde arbeidsverzuim: allen onderkennen de negatieve kanten van overmatig alcoholgebruik.

Overmatig alcoholgebruik is vooral schadelijk voor de gezondheid van jongeren. Kinderen zijn gevoeliger voor de invloed van alcohol dan volwassenen vanwege hun stadium van groei en ontwikkeling. De gezondheidsrisico's van alcoholgebruik zijn voor hen relatief groot. De hersenen zijn tot het 24^e jaar in ontwikkeling. Overmatig alcoholgebruik bij jongeren kan leiden tot leer- en geheugenproblemen. Ook vergroot alcoholgebruik op jonge leeftijd de kans op alcoholproblemen op latere leeftijd. Daarnaast is er door de ontremmende werking van alcohol een grotere kans op risicovol seksueel gedrag en geweld. Met name bij jongeren en seksueel onervaren adolescenten is er een verband tussen alcoholgebruik en condoomgebruik. Verminderd condoomgebruik leidt tot meer geslachtsziekten en ongewenste zwangerschappen. Soms is er sprake van onvrijwillige seks.

Bestaand beleid

Nu al vinden in het kader van het gezondheidsbeleid/jeugdbeleid, openbare orde en veiligheid en vergunning en handhaving diverse activiteiten plaats om het alcoholgebruik terug te dringen.

Gezondheidsbeleid/jeugdbeleid:

- De gezonde school en genotmiddelen: de werkgroep alcohol- en drugspreventie stelt jaarlijks samen met de scholen in het voortgezet onderwijs een programma samen van activiteiten. Deze activiteiten omvatten op dit moment een lesprogramma in combinatie met een theatervoorstelling.
- Ouderavonden binnen het voortgezet onderwijs, waarbij ouders betrokken worden bij de thema's alcohol- en drugsgebruik met inzet van GGD West-Brabant en Novadic-Kentron.
- Voorlichting in jongerencentrum D'n Uitlaat en bezoek aan hanggroepen door Novadic-Kentron en het Jeugd- en jongerenwerk.
- Actieve voorlichting in bode, gemeentelijke website en websites van scholen inzake de gevaren en risico's van alcohol- en drugsgebruik.
- Voorlichting/opleiding aan horecapersoneel: aan de cursus Eerste Hulp bij Drugsgebruik hebben zo'n 30 personen van de Etten-Leurse horeca deelgenomen.

Openbare Orde en Veiligheid:

- Alcoholverbodzone: in omgeving van discotheek is het verboden om alcoholhoudende dranken voorhanden te hebben en/of te nuttigen.

Vergunning en Handhaving:

- Tijdelijke alcoholverstrekkingen bij evenementen: naast wettelijke eisen worden extra voorschriften gesteld m.b.t. het beschikbaar hebben van alcoholvrije en alcoholarme dranken (met een vergelijkbare prijsstelling).
- Drankverstrekking aan onbevoegden: alle horecabedrijven, slijterijen en supermarkten zijn aangeschreven om wettelijk eisen/bepalingen onder de aandacht te brengen.

- Toezicht op hanteren leeftijdsgrenzen alcoholverstrekkingen: diverse horecabedrijven zijn benaderd m.b.t. het aanbrengen van de verplichte aanduiding inzake alcoholverstrekking. Door de VWA is hierop extra toezicht uitgeoefend.

Gemeentelijke doelstellingen

Effectief alcoholbeleid levert zowel gezondheidswinst, veiligheidswinst als economische winst op. Effectief alcoholbeleid kenmerkt zich door een samenhangend geheel van maatregelen en interventies op het terrein van volksgezondheid en veiligheid, op landelijk en lokaal niveau.

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

Een effectief alcoholbeleid vereist een integrale aanpak via de verschillende beleidspijlers, zoals deze in de landelijke handleiding zijn vermeld.

1. Pijler vergroten publiek draagvlak: voorbeelden hiervan zijn communicatie over het alcoholgebruik op straat via de media, communicatie over de risico's van te jong drinken, communicatie over het hoe en waarom van de maatregelen en bewustwording middels preventieprojecten op scholen ed.
2. Pijler Regelgeving: geen alcoholgebruik op straat of beperking van verkoop of schenken van alcoholische dranken in de sportkantine zijn voorbeelden die de gemeente middels de APV en/of Drink- en Horecawet kan regelen.
3. Pijler Handhaving: Regelgeving heeft alleen effect als deze ook wordt gehandhaafd. De gemeente beschikt over een aantal specifieke handhavingsbevoegdheden.
4. Pijler Vroegsignalering: het zo vroeg mogelijk in beeld krijgen en aanbieden van zorg aan personen met alcoholproblemen heeft maximaal effect, tegen de laagste kosten. Het in beeld krijgen van groepen jongeren die excessief drinken; met GGD een nazorgprogramma opstellen voor jongeren die met een alcoholvergiftiging zijn opgenomen.

Op advies van de GGD West-Brabant hebben de portefeuillehouders volksgezondheid van de 18 West-Brabantse gemeenten ingestemd met de nota “niet praten, maar samen doen”, een regionale aanpak alcohol en jeugd. Regionale samenwerking om deze problematiek aan te pakken, heeft duidelijk zijn meerwaarde. Het regionaal plan van aanpak omvat 8 actiepunten, die samen met GGD West-Brabant en Novadic-Kentron worden uitgewerkt. De 8 actiepunten zijn kort beschreven in het plan van aanpak, behorende bij deze nota. Deze regionale aanpak staat de lokale activiteiten niet in de weg. De lokale activiteiten en de regionale aanpak zijn aanvullend op elkaar en zullen elkaar zelfs versterken.

Uit de jeugdmonitor van 2003 bleek, dat 51% van de jongeren regelmatig alcohol drinkt, in 2007 is dit percentage nog 40%. Een aanzienlijke daling met de voorzichtige conclusie dat de reeds ingezette activiteiten effectief zijn. Omdat het percentage nog steeds hoog is en alcohol met name bij jongeren veel gezondheidsschade aanricht, een reden om de ingezette koers voort te zetten en waar mogelijk uit te breiden.

Binnen het gezondheidsbeleid richten wij ons op de volgende risicogroepen: jongeren, uitgaanders en specifieke risicogroepen/probleemdrinkers, waarbij wij de **volgende doelstellingen voor ogen hebben:**

- **Geen alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar: het gaat vooral om gezondheidswinst op langere termijn. De doelstelling is het alcoholgebruik te hebben teruggebracht van 34% in 2007 naar 28% in 2012.**
- **Het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik door jongeren van 16-25 jaar: het voorkomen van openbare orde problematiek is een afgeleide doelstelling hiervan.**

- **Het voorkomen en vroegtijdig signaleren van schadelijk alcoholgebruik bij specifieke risicogroepen en probleemdrinkers. Het voorkomen van maatschappelijke en privéproblematiek is een afgeleide doelstelling hiervan. Doelstelling is het overmatig alcoholgebruik onder volwassenen terug te brengen van 11% in 2007 naar 9% in 2012.**

Aanpak

De drie hierboven genoemde doelgroepen vereisen een verschillende aanpak, een aanpak die moet aansluiten bij de leefomgeving van de doelgroep. Mogelijke aanpak per doelgroep:

Jongeren onder de 16.

Bij deze doelgroep gaat het erom dat jongeren maar vooral ook hun ouders/verzorgers zich bewust worden dat (overmatig) alcoholgebruik grote gevolgen heeft voor de groei en ontwikkeling.

- Het inzetten van preventieprojecten ter ondersteuning van zowel het primair onderwijs als het voortgezet onderwijs, inclusief het speciaal onderwijs, in de communicatie over de risico's van alcoholgebruik en het belang van duidelijke opvoedingsnormen voor ouders.
- Het ondersteunen van het Jeugd- en jongerenwerk en wijkverenigingen als uitdraager/informatieverstrekker van de risico's van alcoholgebruik alsmede bij het als signaallerder van risicogroepen.
- Sportverenigingen behulpzaam zijn bij het uitvoeren van een alcoholmatigingsbeleid binnen de sportkantines, zoals bij het verspreiden van voorlichtingsmateriaal en het opstellen van het bestuursreglement inzake schenkingstijden.
- Informatiecampagne/voorlichtingsmateriaal door GGD, indien mogelijk regionaal en wellicht ondersteunend met thema/informatie bijeenkomsten.

Uitgaanders van 16-25 jaar.

Naast preventie ligt bij deze doelgroep de nadruk meer op regelgeving en handhaving.

- Voortzetten en het verder ontwikkelen van het alcoholbeleid in het voortgezet onderwijs, zoals bij schoolfeesten en andere evenementen.
- Naleving leeftijdsgrenzen bij verkoop van alcoholische dranken in detailhandel en intensivering van de handhaving daarvan.
- Het opnemen van regels in bestuursreglementen van sportverenigingen, buurtverenigingen en het jeugd- en jongerenwerk inzake schenkingstijden, prijzen en promotie van alcohol, inclusief handhaving.
- Het toepassen van sluitingstijden en het naleven van leeftijdsgrenzen in kantines en horeca, inclusief handhaving.

Specifieke risicogroepen: probleemdrinkers.

Probleemdrinkers zijn mensen die regelmatig óf stevig alcohol gebruiken en daardoor kampen met allerlei problemen (lichamelijk, sociaal of psychisch). Alcoholverslaving heeft namelijk niet alleen negatieve gevolgen voor de gezondheid, maar levert ook steeds meer problemen op voor de omgeving van de drinker (waaronder verkeer, werk, partner of familie). Voor regelmatig drinken wordt de norm gehanteerd van minstens 21 dagen per maand 4 of meer glazen bier, wijn of sterke drank. Stevig drinken is minstens 4 keer per maand 6 of meer glazen.

Het ontdekken van alcoholproblemen in een vroeg stadium biedt de meeste kans op herstel en voorkomt veel ernstiger alcoholische schade. Het doel van vroegsignalering is dan ook het voorkomen van alcoholverslaving, het voorkomen van ernstige gezondheidsproblemen en het voorkomen van schade aan de omgeving ((on)geboren) kinderen, andere gezinsleden, werk en verkeer).

Binnen de groep probleemdrinkers zullen wij ook aandacht hebben voor het toenemend alcoholgebruik van de senioren. Recente publicaties geven deze toenemende trend aan. Voor wat Etten-Leur betreft kunnen we dit nog niet staven met cijfers. Doelstelling is deze personen zo vroeg mogelijk op te sporen en hen te motiveren tot het zoeken en krijgen van hulp.

De nadruk bij deze risicogroepen ligt vooral op het plegen van interventies.

- Met de instelling voor verslavingszorg komen tot een preventieprogramma vroegsignalering alcohol.
- Kortdurende interventies door professionals, zoals huisartsen, gespecialiseerde verslavingszorg, schoolartsen, ed.
- Het ontwikkelen van een nazorgprogramma door professionals.

4.2 Het (verder) terugdringen en voorkomen van overmatig alcoholgebruik

Doelstellingen:

- *Geen alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar: van 34% in 2007 naar 28% in 2012*
- *Het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik door jongeren van 16-25 jaar*
- *Het voorkomen en vroegtijdig signaleren van schadelijk alcoholgebruik bij specifieke risicogroepen en probleemdrinkers: van 11% in 2007 naar 9% in 2012.*

Voor het terugdringen en voorkomen van overmatig alcoholgebruik is het regionale Plan van aanpak “niet praten, maar samen doen” leidend voor de uitvoering van activiteiten. In onderstaand overzicht geven wij aan wat de regionale acties zijn en welke lokale activiteiten daar aanvullend op kunnen plaatsvinden.

1. Regelgeving	Regionaal	Lokaal
Drank- en Horecawet	<p>De Westbrabantse gemeenteraden bepalen begin 2009, op basis van de huidige stand van zaken en de mogelijkheden voor afstemming in de toekomst, de reikwijdte van samenwerking bij de uitvoering van de nieuwe Drank- en Horecawet en maken afspraken over gezamenlijke regels.</p> <p>Stappen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. concreet in kaart brengen van de huidige uitvoering van de DHW, incl. aanvullende regelgeving door de 18 gemeenten (dec. 2008) 2. Schets van mogelijkheden voor regionale afstemming bij nieuwe DHW (juni 2009) 3. Op basis van 1 en 2 voorstel voor regionale aanpak aan de 18 gemeenteraden (direct na duidelijkheid ingangsdatum nieuwe DHW, naar verwachting 1-1-2010) <p>Trekker: GGD West-Brabant</p>	<p>Regionaal traject afwachten Na resultaten van het regionale traject, onderzoeken wat nog de mogelijkheden van de DHW en APV zijn voor lokale activiteiten.</p> <p>Lokale activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Communicatie-plan: heldere communicatie over de regels bij de jeugd en hun ouders, uitleg over de noodzaak van maatregelen aan verenigingen en ondernemers. ▪ Toepassen van sluitingstijden en het opnemen van regels inzake schenkingstijden, prijzen en promotie van alcohol in bestuursreglementen van sport- en sociaal-culturele accommodaties. <p>Planning: start vanaf 2010 Betrokkenen: Samenleving, Vergunning en Handhaving, Openbare Orde en Veiligheid, Communicatie, Politie, sportverenigingen, sociaal-culturele organisaties. Kosten: p.m.</p>

2. Handhaving	Regionaal	Lokaal
<p>Relatie met Halt-aanpak</p>	<p>Het aantal jongeren, dat toegeleid wordt naar Halt-aanpak neemt toe, omdat deze aanpak door inzet van gemeente, politie en justitie ook mogelijk wordt bij baldadig gedrag in combinatie met alcoholgebruik en bij alcoholgebruik door jongeren in de openbare ruimte én er gerichte handhavingsacties plaatsvinden. Stappen: Dit actiepunt wordt eind 2008 geagendeerd voor de 3 driehoeksoverleggen in West-Brabant. Afhankelijk daarvan worden in 2009 acties uitgezet.</p> <p>Trekker: Centrumgemeente Breda.</p>	<p>VWA is verantwoordelijk voor handhaving DHW Politie is verantwoordelijk voor handhaving ihkv openbare orde en veiligheid (obv regels APV).</p> <p>Lokale activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voortzetting uitvoering plan van aanpak Drank- en horecawet (n.a.v. conclusies en aanbevelingen VWA). Planning: eind 2008, 1^e kwartaal 2009 Betrokkenen: Vergunning en Handhaving. Kosten: n.v.t. ▪ Voorlichting en training van barpersoneel/barvrijwilligers ter verhoging van de naleving van de DHV en het tegengaan van alcoholverstreking aan jongeren. Planning: vanaf 2008 voortzetting huidig beleid en vanaf 2010 uitbreiding activiteiten. Betrokkenen: Samenleving, Vergunning en Handhaving, Openbare Orde en Veiligheid, sportverenigingen, welzijnorganisaties. Kosten: p.m.
<p>Afspraken met Voedsel- en Warenautoriteit (VWA)</p>	<p>De 18 Westbrabantse gemeenten maken nog in 2008 samenwerkingsafspraken met de VWA over de handhaving van de Drank- en Horecawet (aandacht voor in elk geval signalering, communicatie, terugkoppeling en aantal controles.</p> <p>Stappen: Nov. 2008: bijeenkomst VWA, ambtenaren volksgezondheid en zij belast met VWA, met doel uitwisseling en oriëntatie op samenwerkingsafspraken</p>	<p>Lokale activiteiten: aanvullend op regionale afspraken.</p> <p>Lokale activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voortzetting en uitvoering plan van aanpak Drank- en horecawet (n.a.v. conclusies en aanbevelingen inspectie VWA). Planning: eind 2008/1^e kwartaal 2009.

	<p>Eind 2009: gezamenlijke evaluatie van samenwerkingsafspraken en, naar verwachting, aanpassing aan nieuwe DHW.</p> <p>Trekker: GGD West-Brabant.</p>	
Ontwikkeling van hokken en keten	<p>De 18 West-brabantse gemeenten voeren in samenwerking met de VWA een regionaal keetbeleid uit, dat gebaseerd is op gezamenlijk vastgelegde grenzen, toezicht en maatregelen bij overtreding.</p> <p>Stappen: Febr. 2009: inventarisatie van keten in West-Brabant Juni 2009: regionaal model is uitgewerkt en vastgesteld 2009-2011: gemeenten implementeren het model lokaal.</p> <p>Trekker: GGD West-Brabant.</p>	<p>Geen lokale activiteiten: Wel aandacht hebben en betrokken blijven bij regionale ontwikkelingen in het geval dat verschuiving van problematiek vanuit regio-gemeenten naar Etten-Leur plaatsvindt.</p>
4. Vroeg-signalering	Regionaal	Lokaal
Overleg met ziekenhuizen	<p>De drie ziekenhuizen in West-Brabant werken, in samenwerking met Novadic-Kentron en de 18 gemeenten, vanaf 1-1-2010, volgens een vast protocol "alcoholintoxicatie" bij jongeren (afstemming over de behandeling en nazorg tussen de verschillende disciplines binnen ieder ziekenhuis).</p> <p>Stappen: Nov. 2008: oriënterende bijeenkomst voor ziekenhuizen 2009: uitwerking draagvlak en protocol (cf Nico van der Lely) 1-1-2010: protocol in werking</p> <p>Trekker: GGD West-Brabant</p>	<p>Lokale activiteiten aanvullend en volgend op regionale afspraken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actieve communicatie naar bevolking over de werkwijze met speciale aandacht voor jongeren en hun ouders. ▪ Informatieverstrekking over werkwijze/protocol aan huisartsen en huisartsenpost (voor zover dit niet vanuit regionale traject wordt ingezet). <p>Planning: vanaf 2010 Betrokkenen: Samenleving, Communicatie.</p>

<p>Probleemdrinkers</p>		<p>Lokale activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opzetten van een preventieprogramma vroegsignalering met Novadic-Kentron. ▪ Voortzetting prenatale Jeugdgezondheidszorg: screening en advies tijdens de zwangerschap ▪ Ondersteuning van kinderen van verslaafde ouders (GGZ/NK (Novadic-Kentron)). ▪ Voortzetting casuïstiekoverleg Maatschappelijk Steunsysteem ▪ Het ontwikkelen van een nazorgprogramma door professionals. <p>Planning: start 2010 doorlopend t/m 2012 Betrokkenen: Afd. Samenleving, Novadic-Kentron, JGZ-organisaties, GGZ Regio Breda, Mass-partners, politie/wijkagent. Financiering: p.m.</p>
<p>5. Publiek draagvlak</p>	<p>Regionaal</p>	<p>Lokaal</p>
<p>Klankbordgroep van jongeren en ouders</p>	<p>Jongeren en ouders worden in wisselende panels, samengesteld door werving op “vindplaatsen” (o.a. school, jeugd- en jongerenwerk, jeugdraad) actief betrokken bij de uitwerking en uitvoering van alle actiepunten van het regionale plan van aanpak “niet praten, maar samen doen”.</p> <p>Stappen: In dec. 2008 is het plan van aanpak inzet jongeren en ouderpanels gereed. Uitvoering in 2009-2011.</p> <p>Trekker: GGD West-Brabant.</p>	<p>Geen lokale activiteiten</p>

<p>Voorlichting, bewustwording</p>	<p>Het vergroten van kennis over de ernst van de risico's; bewustwording daarvan bij het algemene publiek of bij specifieke doelgroepen</p>	<p>Bij de overige pijlers is actieve communicatie / voorlichting al diverse malen aan de orde geweest.</p> <p>Met name op dit terrein kunnen naast de regionale activiteiten bestaande activiteiten in het kader van preventie worden voortgezet en uitgebreid:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preventieprojecten ter ondersteuning van primair onderwijs, het speciaal onderwijs en het voortgezet onderwijs in de communicatie over de risico's van alcoholgebruik en het belang van duidelijke opvoedingsnormen voor ouders (zoals gezonde school en genotmiddelen,). ▪ Het ondersteunen van sportverenigingen, jeugd- en jongerenwerk en wijkverenigingen bij het uitdragen van de risico's van alcoholgebruik alsmede bij het signaleren van risicogroepen. ▪ Het voortgezet onderwijs ondersteuning bij het voortzetten en verder ontwikkelen van het alcoholbeleid zoals bij schoolfeesten en andere evenementen. <p>Planning: vanaf 2008: voortzetten bestaande activiteiten Start 2009: uitbreiding</p> <p>Betrokkenen: Samenleving, primair, speciaal en voortgezet onderwijs, sportverenigingen, welzijnsorganisaties, wijkverenigingen.</p> <p>Kosten: p.m.</p>
------------------------------------	---	---

4.3. Het (verder) terugdringen en voorkomen van overgewicht en bewegingsarmoede.

Overgewicht is een toenemend volksgezondheidsprobleem zowel bij jeugdigen als bij volwassenen, niet alleen in Nederland maar ook in Etten-Leur. Landelijke cijfers laten zien dat overgewicht al bijna 10% bijdraagt aan de ziektelast. Belangrijke gevolgen van ernstig overgewicht (obesitas) voor de volksgezondheid zijn diabetes mellitus type 2, een verhoogd risico op een verhoogde bloeddruk en cholesterol, hart en vaatziekten, psychosociale problemen, kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat (artrose), en de ademhalingsorganen. Overgewicht is, zoals hierboven al aangegeven, een van de oorzaken van diabetes mellitus type 2, of wel suikerziekte. Het voorkomen van diabetes mellitus is eveneens een van de landelijke speerpunten binnen het preventiebeleid. Omdat overgewicht één van de grootste risicofactoren van diabetes is, richten wij ons primair op de doelstelling het terugdringen en voorkomen van overgewicht, secundair op diabetes.

Belangrijkste oorzaken van overgewicht zijn *te weinig lichaamsbeweging en te veel én ongezond eten*. In theorie valt veel gezondheidswinst te behalen door het bevorderen van een gezond voedingspatroon. Ongeveer de helft van het aantal ziekte- en sterfgevallen door ongezonde voeding, kan worden voorkómen via interventies, gericht op veranderingen in de consumptie van verzadigde vetten, groente, fruit en vis

Naast een gezond voedingspatroon is ook door toename van lichamelijke activiteit veel gezondheidswinst te behalen. Onvoldoende bewegen verhoogt de kans op bepaalde ziekten, op een minder gunstig beloop van ziekten en op vroegtijdige sterfte. Ruim vier op de tien volwassenen en één op de drie ouderen in Etten-Leur beweegt te weinig, bij de jeugd is dat één op de vijf.

Met name het stimuleren van lichamelijke activiteit bij kinderen is van belang. Zo lopen of fietsen steeds minder kinderen naar school, maar worden ze door hun ouders met de auto gebracht. Daarnaast is het aanbod van bewegen op school minimaal. Bovendien besteden kinderen hun vrije tijd steeds meer aan televisie kijken en computeren. Vooral voor kinderen met overgewicht zijn de gezondheidsgevolgen groot; ze hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd (ernstig) overgewicht te hebben en een extra groot risico op diabetes. Ook hebben ze vaak te maken met stigmatisering en lopen daardoor meer kans op psychosociale problemen als eenzaamheid, verdriet en gespannenheid.

Bestaand beleid

Jeugd en jongeren

Binnen de uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg wordt door Thebe Jeugdgezondheidszorg extra aandacht/consulten uitgevoerd wanneer sprake is van overgewicht bij kinderen van 0-4 jaar. Indien nodig vindt gerichte verwijzing plaats.

In het kader van het terugdringen van overgewicht en bewegingsarmoede worden of zijn talrijke activiteiten uitgevoerd.

Het interventieproject "eten en gymmen = gewicht dimmen". Dit project is in de periode van 2005 t/m 2008 uitgevoerd op 8 basisscholen in Etten-Leur.

In het kader van het BOS-project (Buurt Onderwijs Sport) zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Jaarlijks een uitgebreid naschoolse sport(kennismakings)aanbod voor kinderen van groep 3 t/m 8 voor een 11-tal basisscholen in Etten-Leur, in samenspraak met sportverenigingen en -bedrijven.
- Een kwaliteitsverbetering van het bewegingsonderwijs voor 5 scholen in Zuid voor alle kinderen van groep 1 en 2 via de inzet van een sportconsulent, die de deskundigheid van het volledige onderwijsteam bevordert en hen stimuleert en enthousiasmeert ten aanzien van het gebruik van lesmethoden.

- Een verdere kwaliteitsverbetering van het bewegingsonderwijs realiseren voor alle basisscholen die dit wensen via de inzet van stagiaires (Fontys en Cios).
- Buurtsportactiviteiten in Zuid op verschillende dagen in de week voor de jeugd tussen 4 en 19 jaar.
- Het implementeren van sportlessen (sportjaarplan) binnen het aanbod van de Buitenschoolse Opvang in Etten-Leur Zuid in samenspraak met sportverenigingen en –bedrijven.
- Voor alle scholen, die daaraan behoefte hebben, worden jaarlijkse sportdagen georganiseerd door de werkgroep sportstimulering basisscholen Etten-Leur, waarbij eveneens actief wordt samengewerkt met sportverenigingen en –bedrijven.
- Samenwerking binnen sportkennismakingsproject Sportlife, waarbij leerlingen van klas 1 en 2 van het voortgezet onderwijs (KSE) de gelegenheid krijgen om kennis te maken met tal van lokale sportverenigingen en –bedrijven.

In 2005 is de nota “spelen een hele klus” vastgesteld met als beleid om op wijkniveau speelplannen te ontwikkelen en speelvoorzieningen te realiseren. Naast deze voorzieningen op wijkniveau zijn ook bovenwijkse speelvoorzieningen ontwikkeld, zoals de Krajceck-playground (Etten-Leur Noord), de Cruijffcourt (Grauwe Polder) en de skate- en basketbalvoorziening in het Brabantpark.

Volwassenen/senioren:

- Galm-project (sportstimulering 55+): de jaarlijkse organisatie van de Galmtest. De Galmtest is erop gericht 55-plussers gericht te adviseren om (weer) te gaan bewegen. In 2008 is hierbij voor het eerst ook een afzonderlijke gezondheidstest aangeboden.
- SaBEL: Samen Bewegen in Etten-Leur: een samenwerkingsproject van huisartsen, fysiotherapeuten en sportverenigingen, gericht op een passende verwijzing naar sport en bewegen voor chronisch zieken (diabetes, hartpatiënten ed.)

Gemeentelijke doelstelling

Preventie loont om overgewicht te voorkomen en terug te dringen.

Preventie vindt plaats op drie niveaus:

1. korte termijn: voorwaarden scheppen voor gedragsverandering. Kennisvermeerdering over de gevolgen van overgewicht en vaardigheden waarmee mensen gewichtsstijging kunnen tegengaan. Voorlichting over voeding en bewegen in BTP JGZ, verwijzing van patiënten naar diëtisten.
2. Middellange termijn: het gedrag positief beïnvloeden. Gedragsverandering en gedragsbehoud, zoals minder vet eten en meer bewegen.
3. Lange termijn: gezondheidseffecten bereiken. Daling van lichaamsgewicht en het werkstelligen van een lager cholesterolgehalte in het bloed.

Kinderen/jeugd: het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen

0-11 jaar: van %2008* +/- 2% in 2012

12-18 jaar: van 7% naar 5%.

Volwassenen: het percentage mag maximaal gelijk blijven:

Overgewicht: 49% in 2012

Ernstig overgewicht: 12% in 2012

**De resultaten van de GGD-monitor 0-11 jaar, gehouden in 4^e kwartaal 2008, zullen medio 2009 bekend zijn.*

Aanpak

Preventie dient ook hier gericht te zijn op de doelgroep, waarbij we de doelgroep kinderen/jeugd en volwassenen/senioren onderscheiden.

Kinderen:

- de signalerende rol van de jeugdgezondheidszorg nog intensiever inzetten om overgewicht op te sporen en te voorkomen.

- Het voortzetten van interventieprojecten binnen het primair onderwijs, inclusief het speciaal onderwijs, om de kennis over het belang van gezond eten en voldoende bewegen te vergroten, alsmede om vaardigheden aan te leren om gezonder te gaan eten (ontbijten, meer groente en fruit, minder frisdrank) en meer te gaan bewegen.
- Een integrale aanpak van overgewicht binnen de gemeente met medewerking van jeugdgezondheidsorganisaties, voor- en vroegschoolse educatie, scholen, sportverenigingen ed.
- Het voortzetten en het verder ontwikkelen van het beleid om (school)omgeving, zoals parken en speelplaatsen beweegvriendelijk in te zetten.
- Het voortzetten en het verder inrichten van een gezonde schoolomgeving, bv. een gezonde schoolkantine, naschoolse sportmogelijkheden.

Volwassenen:

- Het in samenwerking met welzijnsorganisaties en ouderenwerk ontwikkelen en uitvoeren van voorlichtingsactiviteiten en preventieprogramma's, gericht op gezonde voeding en bewegen.
- Het uitvoeren van preventieprogramma's, gericht op gezond gedrag bij mensen met een laag inkomen.
- Het voortzetten van de huidige activiteiten in het kader van GALM
- Het voortzetten en verder ontwikkelen van het beleid om de toegankelijkheid en beschikbaarheid van beweegfaciliteiten te verbeteren, bv parken, sportvelden en sportverenigingen.

4.3 Het (verder) terugdringen en voorkomen van overgewicht en bewegingsarmoede

Doelstelling	Producten	Betrokkenen	Planning	Geraamde kosten en financiering	Monitoring en evaluatie
Het percentage jeugdigen (0 t/m 18 jaar) met overgewicht moet dalen: 0-11 jaar: van %2008 +/- 2% in 2012 12-18 jaar: van 7% naar 5%.	Signalerende rol JGZ intensiveren gericht op het inzetten van en doorverwijzen naar JGZ-interventies. Versterking JGZ binnen Centrum voor Jeugd en Gezin.	Afd. Samenleving Thebe JGZ GGD West-Brabant	Vanaf 2010 meenemen in maatwerkafspraken met Thebe en GGD.	p.m.	Evaluatie maatwerkafspraken. Monitoring via risicoregistraties JGZ. Vierjaarlijkse monitoring via GGD-monitors 0 t/m 11 en 12 t/m 18 jaar.
	Voortzetten preventieprogramma's gericht op gezond eten en voldoende bewegen	Afd. Samenleving PO en VO scholen Speciaal Onderwijs GGD West-Brabant Thebe JGZ VVE	Doorlopend vanaf 2009	Kosten maatwerk GGD en Thebe JGZ.	Idem
	Inrichting van beweegvriendelijke omgeving, zoals speelplaatsen, groenvoorzieningen e.d.	Afdelingen Samenleving, Gebiedsontwikkeling en Stadsbeheer	Doorlopend proces: uitvoering nota speelbeleid	Kosten zijn opgenomen in nota speelbeleid	Evaluatie nota speelbeleid en volksgezondheid
	Inrichting van gezonde schoolomgeving in de vorm van naschoolse sportmogelijkheden en een gezonde schoolkantine (in relatie tot Lokaal Educatieve Agenda)	Afd. Samenleving , GGD West-Brabant PO en VO Scholen Speciaal Onderwijs Sportverenigingen	Uitvoering sportbeleidsnota Gezonde schoolkantine: start schooljaar 2010/2011	Kosten zijn opgenomen in sportbeleidsnota Gezonde schoolkantine: p.m.	Evaluatie sportbeleidsnota Evaluatie/tussenrapportage nota volksgezondheid

<p>Het percentage volwassenen met overgewicht mag maximaal gelijk blijven: Overgewicht: 49% in 2012 Ernstig overgewicht: 12% in 2012</p>	<p>Voortzetten en uitbreiden van preventieprogramma's gericht op gezonde voeding en bewegen</p>	<p>Afd. Samenleving, GGD West-Brabant Ouderenorganisaties Surplus/Welzijn Sportorganisaties</p>	<p>Start per 2010</p>	<p>Kosten € 12.500,-- op jaarbasis vanaf 2010 opnemen in de begroting.</p>	<p>Evaluatie/tussenrapportage nota volksgezondheidsbeleid. Vierjaarlijkse monitor GGD West-Brabant 18-65 jaar.</p>
	<p>Preventieprogramma's gericht op gezond gedrag bij mensen met een laag inkomen</p>	<p>Afd. Samenleving GGD West-Brabant Surplus/welzijn Ouderenorganisaties</p>	<p>Start 2011</p>	<p>Kosten € 12.500,-- op jaarbasis vanaf 2011 opnemen in de begroting.</p>	<p>Idem</p>
	<p>Voortzetten en verbeteren van het beleid ihkv toegankelijkheid en beschikbaarheid van beweefaciliteiten, bv parken, sportvelden en sportverenigen.</p>	<p>Afd. Samenleving Sportverenigen Stadsbeheer</p>	<p>Doorlopend proces</p>	<p>n.v.t.</p>	<p>Evaluatie/tussenrapportage nota volksgezondheidsbeleid. Evaluatie sportbeleidsnota en nota speelbeleid.</p>
	<p>Voortzetting van de huidige activiteiten in het kader van GALM en fittest</p>	<p>Afd. Gebiedsontwikkeling</p>	<p>Doorlopend proces</p>	<p>n.v.t.</p>	<p>Evaluatie sportbeleidsnota</p>

4.4 Het terugdringen en voorkomen van depressie en eenzaamheid.

Per jaar lijden naar schatting 853.000 Nederlanders van 13 jaar en ouder aan een depressie. De belangrijkste symptomen van depressie zijn een aanhoudende neerslachtige stemming en een ernstig verlies aan interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten. Mensen met een depressie doen een groter beroep op de gezondheidszorg en hebben meer moeite om actief en volwaardig te participeren in de samenleving. Depressie is dan ook een belangrijke oorzaak van schooluitval, arbeidsverzuim en sociaal isolement. Depressie is daarmee op bevolkingsniveau één van de duurdere ziekten. Een depressie duurt gemiddeld 6 maanden; maar in één van de 5 gevallen duurt een depressie langer dan twee jaar. Depressie is ook na herstel niet altijd voorgoed weg: iemand die depressief is geweest, kan dat gemakkelijk weer worden. De kans daarop is zelfs aanzienlijk; 85% binnen vijf jaar. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholgebruik. Mogelijke gevolgen van depressie zijn gedragsproblemen, overlast, eenzaamheid e.d.

Sociale en maatschappelijke participatie dragen bij aan preventie van depressie. Lokale preventie van depressie is daarmee niet alleen een gemeentelijk aandachtspunt vanuit het volksgezondheidsbeleid, maar ook vanuit het maatschappelijk participatiebeleid. Voorkoming en vermindering van depressie en eenzaamheid vereist een integrale aanpak.

Bestaand beleid

Binnen de zorg, het onderwijs en het welzijnswerk vinden diverse activiteiten plaats om depressie en eenzaamheid snel op te sporen en te voorkomen.

- In het kader van het project gebiedsgerichte consultatie ggz (zie speerpunt 1 op blz 15) vindt deskundigheidsbevordering, vroegtijdige signalering en een verwijzing plaats binnen de disciplines van huisartsen, thuiszorgorganisaties, eerstelijns psychologen, maatschappelijk werk en Wmo-loket. Daarnaast is sprake van een koppeling met het Maatschappelijk Steunsysteem voor een gerichte aanpak, indien er sprake is van complexe problematiek.
- In het kader van het ouderenwerk worden de projecten ouderenadviseur en preventief huisbezoek uitgevoerd. Aan iedere oudere, die in dat jaar 75 jaar wordt, wordt een huisbezoek aangeboden.
- In het kader van het onderwijs is intensief gewerkt aan het opzetten van zorgstructuren: het schoolmaatschappelijk werk, het zorgoverleg 12+ en de zorgadviesteams (ZAT's) in het voortgezet onderwijs.
- In het kader van het programma volksgezondheid is in de periode van 2005 t/m 2008 binnen het primair onderwijs op 5 scholen het interventieproject weerbaarheid uitgevoerd.

Gemeentelijke doelstellingen:

De gemeente wil samen met de preventiepartners deze integrale aanpak ontwikkelen. Dat wil zeggen een combinatie van publieksvoorlichting, vroegsignalering en advisering, preventieve ondersteuningsprogramma's en omgevingsgerichte maatregelen gericht op het verminderen van eenzaamheid en licht depressieve klachten onder de Etten-Leurse bevolking.

1. Het verminderen van (licht) depressieve klachten bij jeugdigen, volwassenen en senioren:

Jeugd (12 t/m 17 jaar): van 13% (2007) naar 11% in 2012.

Volwassenen (19 t/m 64 jaar): van 20% (2008) naar 18% in 2012

Senioren (65-plus): van 25% (2008) naar 23% in 2012.

2. Het verminderen van eenzaamheid bij volwassenen en senioren.

Volwassenen (19 t/m 64 jaar): van 42% (2008) naar 38% in 2012;

Senioren (65-plus): van 52% (2008) naar 48% in 2012.

3. Het bevorderen dat mensen met depressieve klachten eerder hulp zoeken.

Aanpak

De problematiek van depressie en eenzaamheid komt voor over de gehele bevolking. Op basis van de beschikbare cijfers is het niet mogelijk om specifieke risicogroepen voor Etten-Leur te benoemen. Ook hier maken we een onderscheid tussen kinderen/jeugd en volwassenen/senioren, omdat met name bij deze laatste doelgroep de eenzaamheidsproblematiek een grote rol speelt.

De activiteiten dienen afgestemd te worden op deze doelgroepen.

Kinderen/jeugd:

- Het voortzetten en verder ontwikkelen van het ingezette beleid inzake de zorgstructuren binnen het primair en voortgezet onderwijs. Het 'nieuwe' basistakenpakket van de GGD West-Brabant 2009-2012 is erop gericht om in deze vier jaren fasegewijs toe te groeien naar een dekkend netwerk van Zorg(advies)teams in het primair en voortgezet onderwijs.
- Het voortzetten en verder ontwikkelen van vaardigheden bij leerkrachten van het primair en voortgezet onderwijs, inclusief het speciaal onderwijs, gericht op het vroegtijdig herkennen signaleren van depressiviteit bij kinderen/jeugd.
- Het ontwikkelen van een laagdrempelige voorziening voor informatie en advies en indien nodig daarop aansluitend doorverwijzing vanuit een Centrum Jeugd en Gezin.
- Het beschrijven van een integraal aanbod op het terrein van preventie van depressie met daarin specifieke activiteiten voor bepaalde risicogroepen, waaronder ook kinderen en jeugd, in samenwerking met de GGZ Regio Breda.
- Het voortzetten en zonedig uitbreiden van interventies, gericht op het versterken van sociale en emotionele vaardigheden.
- Het inzetten van interventies, gericht op het opbouwen van probleemoplossende vaardigheden.

Volwassenen en senioren:

- Het voortzetten en verder ontwikkelen van de huidige activiteiten in het kader van het signaleren en doorverwijzen, indien depressie en eenzaamheid dreigen: gebiedsgerichte consultatie ggz, maatschappelijk steunsysteem, ouderenadviseur, preventief huisbezoek 75+.
- Het in het kader van de woonservicegebieden ontwikkelen van een passend en op elkaar aansluitend aanbod van (zorg)voorzieningen met gerichte activiteiten in het kader van signaleren en doorverwijzen van eenzaamheid en depressie.
- Het beschrijven van een integraal aanbod op het terrein van preventie van depressie met daarin specifieke activiteiten voor bepaalde risicogroepen, waaronder ook volwassenen en senioren, in samenwerking met de GGZ Regio Breda
- Het inzetten van interventies, gericht op het vergroten van inzicht in depressieve klachten en de mogelijkheden van steun en hulpverlening (cursussen en themabijeenkomsten).
- Het verder ontwikkelen van interventies binnen buurtbeheer en het welzijns- en ouderenwerk, gericht op participatie, zelfredzaamheid en psychisch welbevinden.
- Het ontwikkelen van vaardigheden van verzorgend personeel in het vroegtijdig herkennen van depressieve klachten.
- Het bieden van praktische hulp en sociaal-emotionele steun voor ouderen, die het niet meer goed redden (cliëntondersteuning vanuit Elz, ouderenadviseur, ggz-steunpunt, MEE West-Brabant, steunpunt mantelzorg e.d.).
- Het bevorderen van het vrijwilligerswerk, waarbij burgers zich inzetten voor anderen in de samenleving.

4.4 Het terugdringen en voorkomen van depressie en eenzaamheid

Doelstelling	Producten	Betrokkenen	Planning	Geraamde kosten en financiering	Monitoring en evaluatie
Het verminderen van eenzaamheid en licht depressieve klachten bij jeugdigen 12 t/m 17 jaar: van 13 % in 2007 naar 11% in 2012	Het voortzetten en verder ontwikkelen van zorgstructuren in het primair en voortgezet onderwijs om depressieve klachten bij jeugdigen vroegtijdig te herkennen.	Afd. Samenleving GGZ Regio Breda Thebe JGZ GGD West-Brabant PO en VO scholen Speciaal Onderwijs	Taakstelling binnen basistakenpakket GGD: start 2009 uitlopend t/m 2012: dekkend netwerk van zorg(advies) teams	Kosten opgenomen in gemeentelijke bijdrage GROGZ 2009 t/m 2012	Monitoring middels GGD-maraps Evaluatie/tussenrapportage nota volksgezondheidsbeleid.
	Het ontwikkelen van een laagdrempelige voorziening voor informatie en advies en indien nodig daarop aansluitend verwijzing vanuit een Centrum Jeugd en Gezin (CJG)	Afd. Samenleving i.s.m. JGZ-organisaties, onderwijs, Surplus (welzijn & kinderopvang) en bureau Jeugdzorg, GGZ Regio Breda MEE West-Brabant	2009: visieontwikkeling en implementatieplan 2010: CJG operationeel	p.m. Kosten komen ten laste van BDU JGZ deel II	Idem
	Het voortzetten en uitbreiden van interventies, gericht op het versterken van sociale en emotionele vaardigheden en het probleemoplossend vermogen bij jeugdigen	Afd. Samenleving GGZ Regio Breda Surplus/welzijn (jeugd) GGZ Regio Breda PO en VO scholen Speciaal onderwijs MEE West-Brabant	Start schooljaar 2009/2010	p.m. Opnemen in GGD –maatwerk Kosten: € 680,-- tot € 2.720,-- per school	Idem

<p>Het verminderen van eenzaamheid en depressieve klachten bij volwassenen en senioren.</p> <p><i>(licht) depressieve klachten:</i> <i>Volwassenen (19 t/m 64 jaar): van 20% (2008) naar 18% in 2012</i> <i>Senioren (65-plus): van 25% (2008) naar 23% in 2012.</i></p> <p><i>Eenzaamheid:</i> <i>Volwassenen (19 t/m 64 jaar): van 42% (2008) naar 38% in 2012;</i> <i>Senioren (65-plus): van 52% (2008) naar 48% in 2012.</i></p>	<p>Voortzetting en verder ontwikkelen van huidige activiteiten i.h.k.v. signaleren en doorverwijzen, indien depressie en eenzaamheid dreigen.</p>	<p>Afd. Samenleving GGZ Regio Breda Surplus/welzijn (ouderenadviseur) Mass-deelnemers Politie/wijkagent</p>	<p>Doorlopend proces vanaf 2009 t/m 2012.</p>	<p>p.m.</p>	<p>Evaluatie/tussenrapportage nota volksgezondheid Marap Surplus/welzijn Rapportage Mass GGD-monitors volwassenen en senioren</p>
	<p>Het bieden van ondersteuning (praktisch en sociaal-emotioneel) voor diegenen die het niet meer goed zelf redden.</p>	<p>Afd. Samenleving Diverse vormen van cliëntondersteuning (Wmo-loket, ouderenadviseur, steunpunt mantelzorg, GGZ-steunpunt, MEE W-Brabant)</p>	<p>Loopt in lijn met verbreding en verdieping cliëntondersteuning Elz.</p>	<p>p.m.</p>	<p>GGD-monitors volwassenen en senioren.</p>
	<p>Het ontwikkelen van woon-servicegebieden om tot een sluitende keten van (zorg)-voorzieningen te komen.</p>	<p>Afd. Samenleving Aanbieders van voorzieningen ihkv zorg, wonen en welzijn.</p>	<p>Lopende proces</p>	<p>nvt</p>	<p>Evaluatie Wmo-beleidsplan 2008-2011.</p>
	<p>Het beschrijven van een integraal aanbod preventie bij depressie met specifieke activiteiten voor bepaalde doelgroepen.</p>	<p>Afd. Samenleving GGZ Regio Breda</p>	<p>Start 2010</p>	<p>p.m.</p>	<p>GGD-monitors Rapportage GGZ</p>
	<p>Interventies gericht op het op peil houden of aanvullen van het sociale netwerk bij senioren.</p>	<p>Afd. Samenleving, Afd. PWZ (buurtbeheer) Surplus/welzijn GGZ Regio Breda</p>	<p>Start 2009 doorlopend tot 2012</p>	<p>p.m.</p>	<p>Marap Surplus/welzijn Evaluatie/tussenrapportage nota volksgezondheid GGD-monitors volwassenen en senioren</p>

	Het ontwikkelen van vaardigheden bij verzorgend personeel om vroegtijdig depressieve klachten te herkennen bij volwassenen en senioren	Afd. Samenleving GGZ Regio Breda Zorgaanbieders (intra- en extramuraal)	Start 2010 doorlopend tot 2012	p.m.	Idem
	Het bevorderen van het vrijwilligerswerk	Afd. Samenleving Surplus/welzijn	Eerste helft 2009 wordt notitie vrijwilligerswerk en mantelzorgondersteuning uitgewerkt.	p.m.	
Het bevorderen dat mensen met depressieve klachten eerder hulp zoeken	Interventies gericht op kennis mogelijkheden van ondersteuning en hulpverlening (cursussen en themabijeenkomsten)	Afd. Samenleving GGZ Regio Breda Surplus/welzijn	Start 2010	p.m.	Idem

4.5 Vroegsignalering en ondersteuning dementerenden en hun omgeving.

Dementie is een chronische, progressieve en onomkeerbare achteruitgang van het psychisch functioneren met lichamelijke, sociale en maatschappelijke gevolgen. Dementie verstoort de activiteiten van het dagelijks leven en heeft zowel voor de dementerenden en zijn omgeving grote invloed op sociale relaties.

Dementie is zelden te genezen. Inmiddels zijn er in Nederland medicijnen geregistreerd, die de achteruitgang van de cognitieve functie (denk- en geheugenfuncties) bij enkele vormen van dementie kunnen vertragen. Vroegsignalering is danook belangrijk.

Leven met dementie of met een partner met dementie is niet gemakkelijk. Het is belangrijk dat een patiënt met dementie zoveel mogelijk rust en overzicht wordt geboden. Dit is mogelijk met de juiste zorg en aandacht van familie en bekenden en eventueel ook met professionele zorg aan huis.

Daarnaast is het belangrijk dat er ook aandacht is voor de naasten van een patiënt. Voorkomen moet worden dat zij in een sociaal isolement geraken.

Op initiatief van het ministerie van VWS is in 2005 het Landelijk Dementie Programma (LDP) gestart middels een aantal proeftuinen in het land om de zorg voor mensen met dementie en hun naasten te verbeteren. De ervaringen van het LDP hebben aangetoond dat de zorg voor mensen met dementie verbeterd kan worden.

Hoofddoel van het ministerie is dat de kwaliteit van leven voor mensen met dementie en hun naasten verbetert en dat de professional over voldoende instrumenten beschikt om goede dementiezorg te geven.

Hiertoe worden de volgende activiteiten geïnitieerd:

1. Een samenhangend zorgaanbod overeenkomstig de behoeften en wensen van de cliënt. Gewerkt wordt aan een programma Ketenzorg Dementie, op basis waarvan zorgkantoor en zorgaanbieders afspraken maken voor de inkoop van AWBZ-ketenzorg voor dementerenden. Daarnaast wordt gewerkt aan de stroomlijning van de AWBZ in het proces van indicatiestelling te vereenvoudigen.
2. Voldoende begeleiding en ondersteuning voor de mens met dementie en zijn naasten.
 - a. Informatie
De confrontatie met dementie en de gevolgen van de aandoening zijn voor de patiënt en zijn naasten vaak ingrijpend. Uit onderzoek blijkt dat de cliënt en zijn naasten veel behoefte hebben aan informatie en begeleiding. Gerichte en goed bereikbare informatie vanaf het “niet pluis-gevoel” tot en met en na de diagnose. Alzheimer Nederland heeft hierin een belangrijke taak. Ook de gemeente heeft hier op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning een rol te vervullen met name gericht op het ondersteuningsbeleid van mantelzorgers.
 - b. Casemanagement
Het LDP definieert casemanagement als volgt: “het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg en benodigde ondersteuning op het terrein van behandeling, zorg en welzijn door een vaste professional van een lokaal samenwerkingsverband, gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten gedurende het gehele traject van “niet pluis” of de diagnose tot aan opname of overlijden”. Niet alleen de cliënt maar ook de mantelzorger heeft veel baat bij een vorm van casemanagement. Verschillende personen kunnen de rol van casemanager vervullen, huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen etc.
De zorgkantoren krijgen de mogelijkheid een extra vergoeding toe te kennen aan zorgaanbieders die overeenkomstig de inkoopleidraad ketenzorg dementie (AWBZ) hoogwaardige dementiezorg, inclusief casemanagement, bieden.

c. Kwaliteitsmeting.

Het ontwikkelen van een set indicatoren aan de hand waarvan zorgaanbieders de door hen geboden kwaliteit in de dementiezorg kan meten en aantonen. Dit helpt de cliënten in het kiezen en ondersteunt de verzekeraars in het contracteren van zorg.

Bestaande activiteiten

Alzheimercafé Etten-Leur: sedert september 2008 vindt in het Anbarg het Alzheimercafé plaats. Het Alzheimercafé is een laagdrempelige ontmoetingsplaats voor mensen met dementie en mensen die hier in hun omgeving mee te maken krijgen. Tijdens het Alzheimercafé worden zowel kennis als ervaringen uitgewisseld en er wordt ieder café een thema behandeld. Het biedt goede voorlichting over dementie om patiënten en verzorgers te helpen omgaan met de gevolgen van dementie.

Convenant Dementienetwerk Etten-Leur/Zundert: in februari hebben diverse partijen, waaronder ook de gemeente Etten-Leur, het convenant Dementie Ondersteuningsnetwerk Etten-Leur/Zundert ondertekend. Doel van het convenant is te komen tot een sluitende zorgketen op het terrein van dementie. Uitwerking van het convenant vindt plaats in 2009.

Gemeentelijke doelstellingen

De gemeente wil samen met betrokken partners de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten verbeteren, gericht op het bevorderen van:

- 1. door het in een zo vroeg mogelijk stadium herkennen van symptomen van dementie;**
- 2. en het bieden van een goede informatievoorziening en ondersteuning voor de cliënt en zijn naasten.**

Aanpak

Om bovengenoemde doelstellingen te bereiken, zetten wij in op de volgende mogelijkheden:

- medewerkers in de zorg, zowel professionele als informele zorg, in de herkenning van symptomen van dementie in een zo vroeg mogelijk stadium. Hetzelfde geldt voor de medewerkers van Elz als toegang tot Wmo-voorzieningen.
- een goed ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers, gericht op dementieproblematiek, vanuit het Steunpunt Mantelzorg, waaronder informatie en advies, respijtzorg, praktische ondersteuning e.d.
- zorgaanbieders stimuleren tot de invulling van de functie van casemanagement.
- de haalbaarheid onderzoeken van een consultatiebureau voor ouderen, zoals inmiddels opgenomen in de prestatieafspraken met Surplus/welzijn.

4.5 Vroegsignalering en ondersteuning dementerenden en hun omgeving

Doelstelling	Producten	Betrokkenen	Planning	Geraamde kosten en financiering	Monitoring en evaluatie
Het zo vroeg mogelijk herkennen van symptomen demencie	Deskundigheidsbevordering van medewerkers in de zorg in het herkennen van symptomen	Afd. Samenleving GGZ Regio Breda Zorgaanbieders	Start 2010 doorlopend tot 2012	p.m.	Evaluatie/tussenrapportage nota volksgezondheid.
	Haalbaarheidsonderzoek naar een consultatiebureau voor ouderen	Surplus/Welzijn Afd. Samenleving	Opgenomen in prestatieafspraken Surplus/welzijn Afronden in 2009	p.m.	Maraps Surplus/welzijn
Het bieden van info en advies, respijtzorg, ondersteuning aan dementerenden en hun naasten	Steunpunt Mantelzorg met een goed ondersteuningsaanbod, gericht op demencieproblematiek	Afd. Samenleving Steunpunt Mantelzorg GGZ Regio Breda	Start 2010 In lijn met nota mantelzorgondersteuning en vrijwilligerswerk.	p.m.	Idem Registratie Steunpunt Mantelzorg
Doorlopende coördinatie van zorg en ondersteuning	Het invullen van de functie van casemanagement	Afd. Samenleving Aanbieders in de 1 ^e en 2 ^e lijn.	Start 2011	p.m.	Idem

5. FINANCIËLE KADER

We gaan in deze nota uit van de brede definitie van (volks)gezondheid, waarbij meerdere beleidsterreinen betrokken zijn dan die alleen van volksgezondheid. Dit betekent voor een groot deel financiering uit de bestaande reguliere middelen in de gemeentelijke begroting.

De GGD West-Brabant voert een groot deel van de taken op het terrein van de volksgezondheid uit voor de gemeente. De gemeente Etten-Leur neemt hiertoe deel aan de Gemeenschappelijke Regeling Openbare Gezondheidszorg (GROGZ) en betaalt voor de uitvoering van het Basistakenpakket een bijdrage per inwoner. Voor de periode van 2009 t/m 2012 is er sprake van een nieuwe Basistakenpakket, waarin een vijftal taken (infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg in zorg(advies)teams, technische hygiënezorg, openbare geestelijke gezondheidszorg) worden versterkt dan wel geïntensiveerd.

Naast dit basistakenpakket spreekt de gemeente jaarlijks met de GGD West-Brabant maatwerktaken af. De maatwerktaken worden afgestemd op de speerpunten van beleid op het terrein van de volksgezondheid. Tot nu toe liggen deze vooral op het terrein van de Jeugdgezondheidszorg en de Technische hygiënezorg wat betreft de peuterspeelzalen.

Naast de GGD West-Brabant voert ook Thebe Jeugdgezondheidszorg het uniform basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar uit. Ook met Thebe worden jaarlijks maatwerkafspraken gemaakt.

Tot slot hebben wij met de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning middelen in het gemeentefonds gekregen voor de collectieve preventie GGZ.

Samenvattend gaat het voor 2009 om de volgende budgetten:

Bijdrage GROGZ (basistakenpakket GGD West-Brabant, inclusief Jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar)*	€ 698.200,--
Bijdrage GROGZ (EKD)*	€ 73.170,--
Maatwerk GGD West-Brabant	€ 36.050,--
Thebe (uniform basistakenpakket JGZ 0-4 jaar)*	€ 485.980,--
Maatwerk Thebe Jeugdgezondheidszorg	€ 81.408,--
Collectieve preventie GGZ	€ 22.100,--
Totaal	€ 1.397.448,--

De onder * genoemde middelen worden ingezet voor wettelijke taken en bieden derhalve geen ruimte en mogelijkheid om deze in te zetten voor de uitvoering van de in deze nota genoemde speerpunten van beleid. De maatwerkmiddelen in het kader van de Jeugdgezondheidszorg van GGD West-Brabant en Thebe Jeugdgezondheidszorg zullen budgettair neutraal ingezet worden in het te vormen Centrum voor Jeugd en Gezin.

Wat betreft de inzet van de middelen voor collectieve preventie GGZ zijn regionale afspraken gemaakt met GGZ Regio Breda en Novadic-Kentron.

Om een aantal extra preventieve interventies op de speerpunten alcoholmatiging, overgewicht/bewegingsarmoede en depressie en eenzaamheid te kunnen uitvoeren, zijn extra middelen noodzakelijk. Omdat de activiteiten met de diverse partijen nog concreet moeten worden uitgewerkt, de aanbieders en de kosten hiervan nog niet bekend zijn, stellen wij voor de kosten jaarlijks in de kadernota en 1^e bestuursrapportage op te nemen.