

Nota gezondheidsbeleid Zaanstreek-Waterland 2009 -2012



Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
1. INLEIDING.....	4
1.1. VISIE OP GEZONDHEIDSBELEID.....	4
1.2. KADERS VANUIT HET RIJK.....	4
1.3. BESTUURLIJKE RELEVANTIE.....	5
1.4. LEESWIJZER.....	5
2. TERUGBLIK NOTA GEZONDHEIDSBELEID 2003-2007	6
3. PRIORITEITEN VOOR GEZONDHEIDSBELEID	9
3.1. GEZONDHEIDSSITUATIE BEVOLKING	9
3.2. SPEERPUNTEN NADER BELICHT.....	9
3.3. PRIORITEITEN IN ZAA NSTREEK-WATERLAND.....	10
3.4. INTEGRAAL GEZONDHEIDSBELEID	10
3.5. REGIONALE DOELSTELLINGEN.....	10
4. REGIONAAL ACTIVITEITENPROGRAMMA	12
5. LOKALE ACTIES GEMEENTE BEEMSTER.....	13
5.1. GEZONDHEIDSSITUATIE GEMEENTE BEEMSTER	13
5.2. VOLWASSENEN	13
5.3. CONCLUSIE EN AANKNOPINGSPUNTEN VOOR LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID.....	14
5.3.1. PREVENTIE EENZAAMHEID.....	14
5.3.2. AANPAK OVERGEWICHT.....	15
5.3.3. VERBETERING VAN HET BINNENMILIEU.....	16
6. TOT SLOT.....	18
6.1 FINANCIEN.....	
7. EVALUATIE VAN BELEID EN ACTIVITEIT.....	18
8. ALCOHOLMATIGINGSBELEID.....	18
Literatuurlijst.....	19
Bijlagen	20

Voorwoord

Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) (RIVM, 2006) is de Nederlander weer wat gezonder geworden. Sinds 1950 is de levensverwachting voor mannen met 5,8 jaar gestegen tot 76,2 jaar en die van vrouwen met 8,3 jaar tot 80,9 jaar. Goede gezondheid is een groot goed in de samenleving, zo ook in Zaanstreek-Waterland. In de eerste plaats voor de burgers zelf. Mensen kunnen zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig meedoen. Een lang en gezond leven, dat wenst ieder zichzelf en de ander vaak toe. Wie langer gezond leeft heeft ook minder maatschappelijke ondersteuning en intensieve zorg nodig. Investeren in een goede openbare gezondheidszorg is daarom van groot maatschappelijk belang en dus ook een zaak van de overheid. Hierbij presenteren wij de nieuwe nota gemeentelijk gezondheidsbeleid 2009-2012 voor de negen gemeenten in de regio Zaanstreek-Waterland: Beemster, Edam-Volendam, Landsmeer, Oostzaan, Purmerend, Waterland, Wormerland, Zaanstad en Zeevang. In deze nota leggen we vast wat we op het gebied van de openbare gezondheidszorg in de komende vier jaar willen doen.

Het is niet de eerste keer dat we een dergelijke nota uitbrengen, we borduren dan ook voort op de vorige nota gezondheidsbeleid die gold voor de periode 2003-2007. Een algemene conclusie naar aanleiding van deze vorige periode is dat de aandacht voor de openbare gezondheidszorg in de afgelopen vier jaar is gegroeid. Er zijn (zowel regionaal als lokaal) concrete stappen voorwaarts gezet, zoals het verbeterde inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking en de integratie van de Jeugdgezondheidszorg. Ook hebben we hard gewerkt aan versterking van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), met als resultaat dat onder andere het Meldpunt Overlast en Bemoeizorg is uitgebreid, in de verschillende voorzieningen crisisopvang structureel is ingebed en dat de coördinatie van huiselijk geweld is verbeterd. We zijn dus op de goede weg, maar er is zeker nog werk te doen! Mede gezien de vele ontwikkelingen die zich op dit moment op het terrein van welzijn en de openbare gezondheidszorg voordoen.

In de komende vier jaar willen we het gezondheidsbeleid verder versterken, onder andere door meer aandacht te besteden aan een integrale aanpak van de belangrijkste gezondheidsproblemen. Er liggen nog veel mogelijkheden voor het bevorderen van de volksgezondheid door beslissingen op andere beleidsterreinen. Een goede gezondheid is een zaak van ons allemaal! We moeten dan ook met elkaar zorgen voor een (nog) gezond(er) Zaanstreek-Waterland. Met deze nota hopen we (weer) een stap in de goede richting te zetten.

Bij de totstandkoming van deze nota zijn verschillende partijen betrokken geweest. Wij willen al deze mensen hartelijk danken voor hun inzet en wensen iedereen veel succes bij de uitvoering!

Beemster
Edam-Volendam
Landsmeer
Oostzaan
Purmerend
Waterland
Wormerland
Zaanstad
Zeevang

1. Inleiding

De belangrijkste bouwsteen voor de nota gezondheidsbeleid is de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Deze verplicht gemeenten sinds 2003 om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen, waarin zij aangeven hoe zij binnen hun gemeente vorm willen geven aan de Openbare Gezondheidszorg (bijlage 1). Met de nota stellen de gemeenten gezamenlijk prioriteiten voor het gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar. Het is hierbij noodzakelijk rekening te houden met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die veel raakvlakken en overlap met de Wcpv vertoont. Preventie, en daarmee het voorkomen van gezondheidsproblemen, betekent dat er minder beroep zal worden gedaan op de Wmo. De Wmo brengt nieuwe kansen voor gezondheid en preventie met zich mee. Meer hierover staat beschreven in bijlage 2.

Centraal doel in de nota is het verbeteren van de volksgezondheid in Zaanstreek-Waterland en het verkleinen van gezondheidsverschillen binnen de bevolking. Hiervan afgeleide doelstellingen zijn:

- Volksgezondheid introduceren als belangrijk element binnen andere beleidsterreinen als ruimtelijke ordening, milieu, volkshuisvesting en veiligheid;
- Voortzetten en creëren van samenwerking en afstemming tussen verschillende instellingen en organisaties op het gebied van preventie.

1.1. Visie op gezondheidsbeleid

Om deze doelen te bereiken hanteren de Zaanstreek-Waterlandse gemeenten de volgende visie op het gezondheidsbeleid. Deze is afgeleid van het Model van Lalonde, waarin vier determinanten van gezondheid worden onderscheiden: de (fysieke en sociale) omgeving, leefstijl, gezondheidszorg en biologische factoren.

De gezondheid van de inwoners in Zaanstreek-Waterland kan worden verbeterd door:

- het positief beïnvloeden van gezondheid en gezondheidsbeleving;
- het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- het werken aan een gezondere sociale en fysieke omgeving;
- het verbeteren van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

Om gezondheidsverschillen te verkleinen is relatief meer aandacht nodig voor (groepen) inwoners die nu onder het gemiddelde scoren.

Uitgaande van deze visie worden voor het gezondheidsbeleid de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- De gemeenten hebben bij de uitvoering van het beleid de regie;
- Samenwerking en afstemming tussen alle relevante partijen moet worden bevorderd (optimaliseren ketenzorg);
- Het beleid moet breed georiënteerd zijn: zowel lichamelijke, psychische als sociale aspecten moeten worden belicht;
- Alle relevante (beleids)sectoren moeten bij het bevorderen van gezondheid worden betrokken (het beleid moet integraal zijn);
- Ook het betrekken van de bevolking bij het bevorderen van gezondheid is van belang.

Het gezondheidsbeleid moet worden geformuleerd met ambities, waar specifieke, meetbare, acceptabele, realistische en tijdgebonden acties van worden afgeleid. Regelmatig moet worden getoetst of genomen maatregelen effect hebben en indien nodig moet het beleid worden bijgesteld. Bij toetsing spelen monitoring en overige epidemiologische informatie een grote rol.

1.2. Kaders vanuit het Rijk

De gemeenten hebben de hoofdlijnen van het te voeren gezondheidsbeleid voor de periode 2008 tot en met 2011 in deze nota vastgelegd. De begrenzing van de nota ligt in het wettelijk kader van de Wcpv en de Wmo en in de insteek van de determinanten van gezondheid. Het gezondheidsbeleid gaat binnen die kaders op maatschappelijke tendensen en ontwikkelingen in, waarvan de belangrijkste in bijlage 3 worden weergegeven.

Om gemeenten een inhoudelijk kader voor het gezondheidsbeleid van de komende vier jaar mee te geven, gaf het Ministerie van VWS eind 2006 de tweede preventienota *'Kiezen voor gezond leven'* uit. Deze nota zet de lijnen uit voor het landelijke preventiebeleid in de periode 2007-2010. Het ministerie

verwacht van de gemeenten dat ze in de lokale nota's gezondheidsbeleid uitvoering geven aan activiteiten die de landelijke prioriteiten ondersteunen. Zowel landelijk als lokaal zijn dit onderwerpen waarmee de meeste gezondheidswinst te behalen is. De landelijke prioriteiten zijn: roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes en depressie.

In vervolg daarop bracht hetzelfde ministerie in september 2007 *'Gezond zijn, gezond blijven, een visie op gezondheid en preventie'* uit. Het stuk beschrijft de nieuwe strategieën die nodig zijn om de gezondheidsproblemen van de 21^e eeuw het hoofd te bieden: beter integraal gezondheidsbeleid, een goede relatie tussen de preventieve sector en de andere sectoren in de gezondheidszorg en versterking van de bestuurlijke context. Ook de benodigde afstemming met de Wmo wordt nog eens benadrukt. Het huidige beleid en de uitvoering van taken zijn te vrijblijvend en versnipperd en leveren te weinig op. Het ministerie wil in de komende jaren dan ook met alle lokale partijen constructiever aan de slag om daadwerkelijk gezondheidswinst te behalen.

1.3. Bestuurlijke relevantie

Samenvattend kan de bestuurlijke relevantie van deze nota gezondheidsbeleid in een aantal punten worden opgesomd:

- Het schrijven van de nota is een wettelijke verplichting vanuit de Wcpv;
- De nota geeft de visie van de gemeenten op het gezondheidsbeleid weer;
- De nota geeft een vervolg aan de eerste nota 2003-2007;
- In aanvulling daarop maken de gemeenten in deze nota keuzes binnen de prioriteiten die door het Ministerie van VWS zijn gesteld;
- Waarbij de nadruk wordt gelegd op het verder versterken van het gezondheidsbeleid door meer aandacht te besteden aan de mogelijkheden van een integrale aanpak van de belangrijkste gezondheidsproblemen.

1.4. Leeswijzer

De nota bestaat uit twee delen: een regionaal en een lokaal deel. Het regionale deel (hoofdstuk 2 t/m 4) geeft een terugblik op de vorige nota en gaat in op de huidige regionale problemen en de prioriteiten die van daaruit worden gesteld. De gemeenten in de regio hebben veelal te maken met regionaal werkende partijen in de gezondheidszorg, waardoor regionale samenwerking kan leiden tot verhoging van efficiëntie en meer effectiviteit. Het is echter wel nodig om gemeentespecifieke keuzes te maken omdat het door de gemeenteraad vastgestelde beleid zo goed mogelijk moet aansluiten bij de lokale situatie. In het lokale deel van de nota (hoofdstuk 5) werkt elke gemeente zijn eigen aanvullende maatregelen uit om gemeentespecifieke problemen aan te pakken. Het laatste hoofdstuk gaat kort in op de evaluatie van de nota.

2. Terugblik nota gezondheidsbeleid 2003-2007

De stand van zaken rond de uitvoering van de vorige nota 2003-2007 is één van de vertrekpunten voor het beleid van de komende jaren. De doelstellingen van het regionale deel zijn destijds geformuleerd aan de hand van negen ambities. In dit hoofdstuk wordt beschreven in hoeverre de ambities zijn gerealiseerd en wat er eventueel aanvullend nodig is om de voorgenomen doelen te behalen.

Ambitie 1: Beter inzicht krijgen in de gezondheidssituatie van de bevolking.

Om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie van de bevolking is vanuit landelijke koepelorganisaties de 'Lokale en Nationale Monitor Gezondheid' ontwikkeld. GGD Zaanstreek-Waterland verzamelt in dit kader gegevens over (determinanten van) gezondheid en over de ontwikkeling van de burgers in de regio. Door het gebruik van uniforme vragen zijn de resultaten regionaal, landelijk en in tijd met elkaar te vergelijken, waardoor de gemeenten het beleid beter kunnen evalueren en beter lokale aandachtspunten kunnen signaleren. In 2005 is de Gezondheidsenquête onder 18-70 jarigen uitgevoerd en is een verdiepend onderzoek gedaan naar dak- en thuislozen en zwerfjongeren in de regio. Het jaar 2007 staat in het teken van de Jeugdenquête onder 0-12 jarigen. Het is de bedoeling om in de toekomst elk jaar een specifieke leeftijdscategorie te bevragen (in 2009/200910 ouderen en jongeren ouder dan 12 jaar).

Ambitie 2: Jong beginnen. Leefstijlprojecten ter bevordering van gezond gedrag richten zich vooral op jeugd.

Binnen verschillende leefstijlprojecten was de jeugd in de afgelopen jaren de belangrijkste doelgroep. De preventieprogramma's voor jeugdigen richten zich onder andere op overgewicht, mondgezondheid, verslaving en seksualiteit en worden in samenwerking met het onderwijs aangeboden. Ook in de komende jaren is deze ambitie nog actueel. Mede door de beleidsvoornemens van het huidige Programmaministerie voor Jeugd en Gezin en de specifieke aandacht voor jeugd in de Wmo staat het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van jeugdigen momenteel hoog op de politieke agenda.

Ambitie 3: Gezondheidsbevordering vindt ook plaats vanuit diverse andere beleidsterreinen. Bij ingrepen in de fysieke omgeving ter versterking van sociale samenhang en leefbaarheid moeten uitdrukkelijk de gezondheidsaspecten worden meegenomen.

Het aantal gemeenten dat aandacht besteedt aan de gezondheidsgevolgen van beslissingen op andere terreinen dan volksgezondheid is in de afgelopen jaren gestegen, vooral op de beleidsterreinen milieu, economische zaken en maatschappelijk werk. Er liggen echter nog veel onbenutte mogelijkheden om met andere beleidssectoren samen te werken aan het beschermen of bevorderen van de gezondheid. Dit blijkt ook uit het rapport *'Staat van de gezondheidszorg'* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2005). Het zogenaamde 'integrale gezondheidsbeleid' staat daarom ook de komende jaren nog in de volle belangstelling.

Ambitie 4: Het gezondheidspreventiebeleid voor de komende jaren is gericht op het verbeteren van de sociale leefomgeving en het versterken van de sociale cohesie.

Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk leven en het bevorderen van gezondheid liggen in elkaars verlengde: gezondheid en participatie versterken elkaar. In de afgelopen jaren zijn diverse initiatieven genomen om deelname aan het maatschappelijk leven (weer) mogelijk te maken, zoals de oprichting van het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) begin 2006 en de realisatie van het Meldpunt Overlast en Bemoeizorg bij GGD Zaanstreek-Waterland. Met de invoering van de Wmo liggen er nieuwe kansen voor het verbeteren van de levensvoorwaarden, zodat problemen kunnen worden voorkomen en mensen in staat zijn in gezondheid te leven. Ook deze ambitie is dus nog onverminderd van kracht.

Ambitie 5: De beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnszorg op een voldoende niveau houden en betere informatie geven over de mogelijkheden om een beroep te doen op zorg.

Het huisartsentekort in Zaanstreek-Waterland, waarvan ten tijde van de ontwikkeling van de vorige nota sprake was, is anno 2007 niet meer aan de orde. Huisartsen geven aan dat dit met name komt door de toenemende samenwerking tussen huisartsen in de vorm van HOED'en, door de komst van praktijkondersteuners en –assistenten en door de invoering van het nieuwe zorgstelsel. Uit de

Gezondheidsenquête 2005 onder 18-70 jarige inwoners van Zaanstreek-Waterland blijkt ook dat het percentage personen dat vindt dat ze de huisarts niet goed kunnen bezoeken significant lager is dan in 2001 (1,4% t.o.v. 2,8%).

Verder is in 2004 de Zorgwijzer van start gegaan, een digitale vindplaats voor adressen met betrekking tot zorg, welzijn en wonen in Zaanstreek-Waterland (www.zwzw.nl).

Ambitie 6: Een goede uitvoering van de wettelijke (Wcpv-) taken en de mogelijkheid tot het leveren van maatwerk naast en binnen dit takenpakket.

Bijlage 5 geeft een overzicht van de activiteiten die per Wcpv-taak worden uitgevoerd. De gemeenten hebben de uitvoering van deze wettelijke taken voor een groot deel bij GGD Zaanstreek-Waterland neergelegd. In onderlinge afstemming met de GGD wordt dit takenpakket elk jaar opnieuw vastgesteld, waarbij ook de invulling van het maatwerk jaarlijks aan de orde komt.

Ambitie 7: Bevorderen van een integrale aanpak op het brede terrein van gezondheidsbeleid in de regio.

Evenals onder ambitie 3: Het aantal gemeenten dat aandacht besteedt aan de gezondheidsgevolgen van beslissingen op andere terreinen dan volksgezondheid is in de afgelopen jaren gestegen, vooral op de beleidsterreinen milieu, economische zaken en maatschappelijk werk. Er liggen echter nog veel onbenutte mogelijkheden om met andere beleidssectoren samen te werken aan het beschermen of bevorderen van de gezondheid. Dit blijkt ook uit het rapport *'Staat van de gezondheidszorg'* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2005). Het zogenaamde 'integrale gezondheidsbeleid' staat daarom ook de komende jaren nog in de volle belangstelling.

Ambitie 8:

- De gemeentelijke rol van regievoerder op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) actief vervullen, vormgeven en effectueren.
- Samen met andere partijen de reikwijdte en diepte van de gemeentelijke taken op het gebied van de OGGZ in beeld brengen.
- Samenwerkingsafspraken tot stand brengen tussen betrokken organisaties in de OGGZ inzake beleid en uitvoering.

Op het terrein van de OGGZ hebben zich in de afgelopen jaren verschillende ontwikkelingen voorgedaan. In 2003 is het convenant Crisisopvang vastgesteld. Het doel van dit convenant was het verbeteren van de samenwerking en de afstemming in de crisisopvang van de GGZ. Vervolgens is in 2005 door 26 partijen een convenant OGGZ ondertekend, waarin het OGGZ beleid voor Zaanstreek-Waterland is vastgelegd. De uitvoering van dit convenant is ook ten tijde van de ontwikkeling van deze nota nog gaande. Eén van de uitwerkingen van het convenant is het Team Bemoeizorg dat in 2007 van start is gegaan. Het belangrijkste doel van dit team is het verbeteren van de toeleiding van zorgwekkende zorgmijders naar de gewenste zorgvoorziening, zodat de zorgverlening van deze groep kwetsbare burgers verder kan worden verbeterd.

De OGGZ is in 2007 naar de Wmo overgeheveld.

Ambitie 9:

- Het tot stand brengen van een optimale, longitudinale zorg voor de jeugd van 0-19 jaar, waarbij de zorg voor deze leeftijdscategorie beleidsmatig en uitvoerend in een aaneensluitende keten wordt geleverd.
- Het verbeteren van zorgketens voor kinderen/jeugdigen in verschillende leeftijdsfasen door optimalisering van samenwerking tussen de JGZ en andere instellingen (onderwijs, jeugdzorg).
- Het optimaliseren van de monitorfunctie ten aanzien van jeugd.

Per 2005 is de integratie van de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar gerealiseerd. De zorg voor 0-4 jarigen wordt uitgevoerd door Eveen en de GGD is verantwoordelijk voor de zorg van 4-19 jaar. Op het moment van het schrijven van deze nota wordt de integratie geëvalueerd, waarna besluitvorming plaatsvindt over de toekomstige organisatievorm.

Verder zijn de gemeenten in de regio momenteel (in meer of mindere mate) bezig met de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin. De centra moeten voor ouders, kinderen én jongeren een duidelijk en laagdrempelig centraal punt zijn voor opgroei- en opvoedvragen, adequate en passende hulp en coördinatie van die hulp. Voor professionals is het Centrum voor Jeugd en Gezin daarnaast een plek waar zij terecht kunnen met zorgwekkende signalen over een kind. Het

Programmaministerie voor Jeugd en Gezin wil dat elke gemeente in 2011 in principe over een Centrum voor Jeugd en Gezin beschikt.

Het voorgaande laat zien dat er veel werk is verzet om de voorgenomen ambities te realiseren. Ook wordt duidelijk dat de meeste ook nu nog actueel zijn en dat de aanpak ervan in de komende jaren onverminderd wordt voortgezet. In lijn van de wensen van het Ministerie van VWS willen de gemeenten daarnaast in de komende jaren intensiever aandacht besteden aan de aanpak van de belangrijkste gezondheidsproblemen in Zaanstreek-Waterland.

3. Prioriteiten voor gezondheidsbeleid

Om prioriteiten te kunnen stellen bij de aanpak van de belangrijkste gezondheidsproblemen zijn verschillende onderzoeken voorhanden die inzicht geven in de gezondheidssituatie van de bevolking. De resultaten van de Gezondheidsenquête 2005 van GGD Zaanstreek-Waterland (voor 18-70 jarigen) en de Jongerenenquête 2005/2006 van de gemeenten Purmerend en Zaanstad geven een beeld van de gezondheid van de inwoners in Zaanstreek-Waterland. Door deze gegevens af te zetten tegen landelijke cijfers en cijfers uit eerdere onderzoeken (indien beschikbaar) ontstaat een totaal beeld op basis waarvan prioriteiten kunnen worden gesteld.

3.1. Gezondheidssituatie bevolking

Bijlage 4 geeft de resultaten van bovengenoemde onderzoeken weer. Geconcludeerd kan worden dat het over het algemeen goed gaat met de gezondheid van de inwoners van Zaanstreek-Waterland. Wél zijn er een aantal belangrijke punten van aandacht, waaronder een significante stijging van psychische aandoeningen en diabetes, een toename in alcoholgebruik, meer opvoedingsproblematiek en een verslechtering van het binnenmilieu. Het groeiend aantal mensen met overgewicht baart ernstige zorgen, zeker ook gezien de voorspelling door deskundigen dat overgewicht binnen afzienbare tijd de grootste risicofactor voor de volksgezondheid zal zijn. Steeds minder mensen voldoen daarnaast aan de landelijke normen voor gezond bewegen en goede voeding. Op deze determinanten van overgewicht is nog veel winst te behalen.

De risicogroepen zijn ten opzichte van 2001 gelijk: vrouwen (wat betreft gezondheid), mannen (wat betreft leefstijl), ouderen, allochtonen en laag opgeleiden. In tegenstelling tot voor volwassenen zijn voor de jeugd geen vergelijkbare regionale cijfers van voorgaande jaren voorhanden (in 2008 komen cijfers over 0 t/m 11 jarigen beschikbaar, uit de Jeugdenquête van de GGD). Wél kunnen voor een aantal problemen risicogroepen worden aangewezen: allochtonen en laag opgeleiden voor overgewicht, autochtonen en westerse allochtonen voor roken en autochtonen voor excessief alcoholgebruik.

De onderzoeksresultaten laten zien dat het gezondheidsbeleid in de regio Zaanstreek-Waterland breed ingestoken kan worden. Er zijn veel onderwerpen en gezondheidsproblemen die in de komende vier jaar aandacht vragen.

3.2. Speerpunten nader belicht

Zoals eerder genoemd worden verschillende taken op het terrein van de Wcpv al door de gemeenten in Zaanstreek-Waterland gezamenlijk uitgevoerd, onder andere binnen de Gemeenschappelijke Regeling GGD Zaanstreek-Waterland (bijlage 5). In de eerste nota-periode is een start gemaakt met de aanpak van specifieke onderwerpen. Veel gezondheidsproblemen zijn echter hardnekkig, waardoor het noodzakelijk is om de in 2003 ingeslagen weg voort te zetten. In de komende periode willen we, in de lijn van de landelijke preventienota, de aanpak van een aantal gezondheidsproblemen intensiveren. Het Ministerie van VWS heeft in *Kiezen voor gezond leven*¹ per speerpunt de volgende doelstellingen geformuleerd:

Roken:

- In 2010 zijn er nog 20% rokers (nu: 28%)

Schadelijk alcoholgebruik:

- Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992
- Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% nu naar 7,5% in 2010

Overgewicht:

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

Diabetes:

- Het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen
- Daarbij heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties

Depressie:

- Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt)¹

¹ NB: Ambitieuze doelstelling gezien de bezuinigingen van het Rijk binnen de GGZ-budgetten in de Awbz.

3.3. Prioriteiten in Zaanstreek-Waterland

De landelijke speerpunten zijn ook in de regio Zaanstreek-Waterland de belangrijkste gezondheidsproblemen. Op grond van de resultaten van de Gezondheidsenquête 2005 heeft GGD Zaanstreek-Waterland hier, op basis van de ernst van de problematiek in de regio, opvoedingsproblematiek en binnenmilieu aan toegevoegd. Bijlage 6 geeft een overzicht van het bestaande preventieve aanbod op deze onderwerpen. Bij dit overzicht moet worden opgemerkt dat de hoeveelheid activiteiten per speerpunt niet direct iets zegt over het resultaat dat met deze activiteiten wordt bereikt, maar het geeft in ieder geval een beeld van wat er op de verschillende speerpunten gebeurt.

Tijdens de bijeenkomst 'Regionaal gezondheidsbeleid Zaanstreek-Waterland 2009-2012' in juni 2007 hebben wethouders, ambtenaren, raadsleden, medewerkers van (zorg)instellingen en diverse vertegenwoordigers van cliënten gezamenlijk gediscussieerd over de vraag op welke onderwerpen in de komende jaren intensiever moet worden ingezet. Alle aanwezigen konden aan het eind van de bijeenkomst ook nog individueel aangeven waar voor hen de prioriteiten lagen. Het resultaat ziet er als volgt uit:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Overgewicht2. Opvoedingsproblematiek3. Schadelijk alcoholgebruik4. Depressie5. Diabetes6. Roken7. Binnenmilieu |
|---|

*Prioriteiten gezondheidsbeleid
Zaanstreek-Waterland*

In bijlage 7 is een samenvatting van de bijeenkomst opgenomen.

Op basis van bovengenoemde uitkomst kiezen de gemeenten in Zaanstreek-Waterland ervoor om in de periode 2009-2012 regionaal met de aanpak van de eerste drie problemen aan de slag te gaan: overgewicht, opvoedingsproblematiek en schadelijk alcoholgebruik. De gemeenten spreken hiermee de intentie uit om aan al deze onderwerpen lokaal aandacht te besteden, waarbij de aard van de uitwerking per gemeente, afhankelijk van de lokale situatie, verschillend kan zijn.

3.4. Integraal gezondheidsbeleid

Een belangrijk streven voor de komende jaren is om bovengenoemde gezondheidsproblemen zoveel mogelijk integraal aan te pakken. Het is voor het verbeteren van de gezondheid van de burgers van belang dat er ook buiten het veld van de volksgezondheid bewuste beleidsacties worden genomen. Bijvoorbeeld op aanpalende terreinen als ruimtelijke ordening, milieu, werk en inkomen, welzijn, sociaal beleid, openbare orde en veiligheid en onderwijs. De volksgezondheidsproblemen worden steeds complexer en hangen met steeds meer verschillende actoren samen. Dit vraagt om ander beleid, dat beter is afgestemd op de eisen die deze complexe problemen met zich meebrengen. De problemen kunnen ook alleen dan effectief worden aangepakt wanneer alle bij het probleem betrokken partijen hier een rol in krijgen. Dit kunnen de gemeenten zijn, maar ook scholen, werkgevers, de zorgsector en anderen. Voor het bereiken van de doelen is het nodig dat alle beleidsterreinen van de samenleving zich bij het verbeteren van de volksgezondheid betrokken voelen. Daar willen we ons in de komende jaren dan ook extra voor inzetten.

3.5. Regionale doelstellingen

Voor de aanpak van bovengenoemde problemen wordt per onderwerp een regionale doelstelling geformuleerd, waar mogelijk afgeleid van de landelijke doelstellingen uit de preventienota 'Kiezen voor Gezond Leven'. De doelstellingen zien er als volgt uit:

Overgewicht

- ➔ het percentage volwassenen (18-70 jaar) met matig tot ernstig overgewicht is in 2012 niet hoger dan 48,5% en het percentage volwassenen (18-70 jaar) met obesitas niet hoger dan 11,8%²;
- ➔ het percentage jeugdigen (0 t/m 11 jaar) met overgewicht is in 2012 lager dan het percentage zoals gemeten bij de Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen in 2007.

² Percentages afkomstig uit de Gezondheidsenquête Zaanstreek-Waterland 2005 (18-70 jarigen)

Opvoedingsproblematiek

Vanuit het Programmaministerie voor Jeugd en Gezin worden landelijk verschillende acties ondernomen om de toenemende opvoedingsproblematiek het hoofd te bieden. De gemeenten in Zaanstreek-Waterland hebben daarnaast in de afgelopen periode besloten om zich gezamenlijk in te zetten om het preventieve jeugdbeleid van de regio (verder) te versterken. Hieruit komen de volgende doelstellingen voort:

- ➔ de regio beschikt in 2010 over een Elektronisch Kind Dossier en een Verwijsindex³;
- ➔ in elke gemeente is er in 2011 een Centrum voor Jeugd en Gezin⁴;
- ➔ het opvoedprogramma 'Triple P' wordt regionaal geïmplementeerd.

Schadelijk alcoholgebruik

- ➔ Het percentage 12 t/m 18 jarigen dat 'in de afgelopen maand' dronken is geweest terugbrengen naar 17,4% voor jongens en 11,2%⁵ voor meisjes;
- ➔ Het percentage 12-jarigen dat op die leeftijd ooit alcohol heeft gedronken terugbrengen naar minder dan 50% voor jongens en 33%⁶ voor meisjes;
- ➔ het percentage volwassenen (18-70 jaar) dat zwaar drinkt is in 2010 niet hoger dan 17,6%⁷.

Afhankelijk van de lokale situatie kan elke gemeente ervoor kiezen om binnen die regionale doelstelling een eigen, lokale doelstelling te benoemen. De intentie is wél dat de gemeenten er met elkaar voor willen zorgen dat bovengenoemde voornemens in de komende jaren zullen worden gerealiseerd.

³ Afhankelijk van de uitkomst van de huidige discussies op Rijksniveau.

⁴ Naar verwachting verschijnt eind 2007 vanuit het Programmaministerie voor Jeugd en Gezin een eerste versie van een handboek voor gemeenten, ter ondersteuning van het opzetten van Centra voor Jeugd en Gezin. Dit handboek zal geen gedetailleerde blauwdruk bevatten, maar een overzicht geven van aandachtspunten bij het opzetten van de centra (Beleidsplan Programmaministerie voor Jeugd en Gezin - Kabinet Balkenende IV).

⁵ Landelijke cijfers uit 1992, afkomstig uit de Handleiding lokaal alcoholbeleid.

⁶ Landelijke cijfers uit 1992, afkomstig van het Trimbos Instituut.

⁷ Percentages afkomstig uit de Gezondheidsenquête Zaanstreek-Waterland 2005 (18-70 jarigen).

4. Activiteitenprogramma

Om deze doelstellingen te realiseren gaat elke individuele gemeente in Zaanstreek-Waterland in samenwerking met relevante partijen een activiteitenprogramma opstellen. Hierbij worden de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- er wordt zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij bestaande trajecten;
- de acties uit het programma worden lokaal ingezet;
- zoveel mogelijk relevante beleidsterreinen worden bij de aanpak van de gezondheidsproblemen betrokken (onderwijs, sport en recreatie, ruimtelijke ordening, werk en inkomen, verkeer en vervoer, zorg en welzijn, etc.);
- het activiteitenprogramma moet zoveel mogelijk budgetneutraal kunnen worden uitgevoerd.

De resultaten van de uitvoering van het activiteitenprogramma zullen worden gemeten aan de hand van de gegevens uit de volgende monitors van GGD Zaanstreek-Waterland.

5. Lokale acties gemeente Beemster

5.1. Gezondheidssituatie gemeente Beemster

In dit hoofdstuk gaan we specifiek in op de gezondheidssituatie van de inwoners van Beemster. Om een beeld te schetsen van de volwassen bevolking vergelijken we de cijfers uit de Gezondheidsenquête 2005, specifiek voor Beemster, met de cijfers uit de regio. Ook wordt ingegaan op enkele uitkomsten van de Regionale Omnibusenquête die de gemeente Purmerend in 2006 hield onder de eigen (15 t/m 84 jarige) inwoners en onder de inwoners van de regiogemeenten. Opgemerkt moet worden dat hiervan uitsluitend de (gezondheidsgerelateerde) onderwerpen aan bod komen die *niet* in de Gezondheidsenquête 2005 zijn bevraagd.

5.2. Volwassenen

Gezondheidsenquête 2005

Gezondheid

Het percentage personen met een matig tot slechte ervaren gezondheid is in Beemster lager dan in de rest van Zaanstreek-Waterland. Ook de prevalentie van personen die hun gezondheid een onvoldoende geven is lager. Minder mensen hebben in het afgelopen jaar een psychische aandoening gehad (vastgesteld door een arts) en meer mensen hebben contact met de burens. Eenzaamheid komt in Beemster vaak voor, al is het percentage personen die matig of ernstig eenzaam is lager dan in heel Zaanstreek-Waterland. Wat betreft de veiligheid: minder personen (met name vrouwen) voelen zich 's nachts vaak of soms onveilig. Ook overdag voelt men zich in Beemster veiliger dan in heel Zaanstreek-Waterland.

Leefstijl

Wat betreft leefstijl wijken de cijfers van Beemster in veel opzichten positief af van de cijfers van de regio. Minder mensen roken en het percentage personen dat ooit cannabis of harddrugs heeft gebruikt is lager. Ook in de afgelopen maand (de maand voor het onderzoek plaatsvond) hebben in vergelijking met de regio minder mensen cannabis gebruikt. De prevalentie van mannen die wel eens gokken is iets hoger dan in heel Zaanstreek-Waterland. Matig of ernstig overgewicht komt in Beemster minder vaak voor (al is het percentage personen met matig of ernstig overgewicht nog steeds hoog). De prevalentie van personen die onvoldoende bewegen is hoog, al zijn de cijfers niet hoger dan die van heel Zaanstreek-Waterland. De prevalentie van personen die volgens de soepele norm (op minder dan 6 dagen voldoende bewegen) onvoldoende bewegen is lager dan in de regio. Veel mensen consumeren onvoldoende groente en fruit. De percentages zijn echter niet hoger dan die van de regio.

Milieu

Overlast van lawaai komt in Beemster minder vaak voor dan in heel Zaanstreek-Waterland. De prevalentie van personen waarbij in huis wordt gerookt is lager. Minder personen dan in de regio zijn van mening dat de bodem in de omgeving is vervuild. Wat betreft het binnenmilieu: schimmel- of vochtplekken in huis komen vaker voor en meer mensen ventileren niet continu de woonkamer, de slaapkamer en de keuken.

Zorg

De prevalentie van personen die het afgelopen jaar de huisarts hebben bezocht is lager dan in de regio en minder personen zijn ontevreden over de telefonische bereikbaarheid van de huisarts. Ook over de telefonische bereikbaarheid van de tandarts is men minder vaak ontevreden. Iets meer personen dan in de regio hebben het afgelopen jaar mantelzorg gegeven.

Regionale Omnibusenquête 2006

Doel van de Regionale Omnibusenquête is om een algemeen beeld van de gemeente te schetsen, op terreinen als gemeentelijke dienstverlening, werk, wonen, voorzieningen, verkeer, enzovoort. Ook op het terrein van gezondheid en welzijn zijn een aantal vragen opgenomen.

Veiligheid

Drugsoverlast. In 2006 geeft 2% van de inwoners van Beemster aan dat drugsoverlast vaak in hun buurt voorkomt. 13% zegt dat dit soms voorkomt. In 2004 waren deze percentages respectievelijk 0% en 7%. Het gaat weliswaar om kleine verschillen, maar het oordeel is iets achteruit gegaan.

Beperkingen

Ervaren lichamelijke beperkingen. Van de 15 t/m 84 jarigen van Beemster voelt 18% zich door een langdurige ziekte, aandoening of handicap licht belemmerd in zijn dagelijkse bezigheden; 2% voelt zich sterk belemmerd. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt ook het percentage inwoners met lichamelijke beperkingen toe.

Beperkingen bij het lopen. Van de 15 t/m 84 jarigen van Beemster kan 91% zonder moeite 400 meter lopen; 5% heeft hiermee enige moeite, 1% heeft grote moeite en 2% kan dit niet. Het vermogen om te lopen hangt sterk samen met de leeftijd.

Geschiktheid omgeving voor gehandicapten. De geschiktheid van looproutes in de buurt voor gehandicapten wordt in Beemster beoordeeld met een 6,9 (10% onvoldoende). De toegankelijkheid van het centrum van de gemeente en de openbare gebouwen krijgen respectievelijk een 7,5 (2% onvoldoende) en een 7,4 (4% onvoldoende). Ten opzichte van andere deelnemende gemeenten scoort Beemster op alle aspecten beter.

5.3 Conclusie en aanknopingspunten voor lokaal gezondheidsbeleid

In algemene zin valt op dat Beemster op veel punten positief afwijkt van de regio. Op deze punten is er minder aanleiding om hier specifiek op in te zetten. Maar: er zijn altijd verbeterpunten mogelijk!

Beemster conformeert zich dan ook graag aan de regionale prioriteiten: Overgewicht, opvoedingsproblematiek en schadelijk alcoholgebruik.

Daarnaast zijn van belang de onderwerpen waarop Beemster negatief afwijkt, hiervoor is een lokale aanpak vereist, waarbij het kan voor komen dat in Beemster extra moet worden ingezet op een probleem dat ook regionaal een speerpunt is.

Gezien de cijfers zou Beemster de komende jaren aandacht moeten/kunnen besteden aan:

- Preventie van eenzaamheid;
- Aanpak van overgewicht (o.a. door meer bewegen) – ook regionaal een speerpunt;
- Verbetering van het binnenmilieu.

5.3.1 Preventie eenzaamheid

Op het gebied van eenzaamheidsbestrijding is tot nu toe geen gericht beleid gevoerd in Beemster. Wel zijn er diverse activiteiten van organisaties of instellingen, die tot doel hebben eenzaamheid, met name bij ouderen, te doorbreken. Vriendschappelijk huisbezoek door vrijwilligers van de kerk en van de Zonnebloem afdeling Beemster zijn daar enkele voorbeelden van. Maar ook de huisbezoeken aan alle mensen ouder dan 75 jaar door vrijwilligers van Aangenaam WonenPlus hebben o.a. tot doel eenzaamheid op te sporen. Organisaties die zich bezig houden met het organiseren van activiteiten voor ouderen worden vaak door de gemeente gesubsidieerd, maar van een gericht beleid op de bestrijding van eenzaamheid kan niet gesproken worden.

Hier volgen enkele belangrijke aandachtspunten voor een succesvolle preventieve aanpak van eenzaamheid. De kern is dat eenzame ouderen tijdig in beeld komen en gebruik maken van het voor hen juiste aanbod.

Bewustwording en signalering

Algemene voorlichting over eenzaamheid bij ouderen draagt bij aan de maatschappelijke bewustwording dat het netwerk bij ouderen kan uitdunnen, dat niet iedereen even makkelijk dit weet aan te vullen en dat men daar wat aan kan doen. Voorlichting bevordert dat eenzaamheid eerder wordt herkend, door de ouderen zelf of door personen in hun directe omgeving. Hulpverleners die in hun werk met ouderen te maken hebben, kunnen een training krijgen om beter te signaleren.

Probleemanalyse, verwijzen en kennis van de sociale kaart

Een interventie kan alleen effectief zijn wanneer deze aansluit bij de oorzaak van eenzaamheid.

Minstens zo belangrijk is een zorgvuldige analyse vooraf van de mogelijkheden en motivatie van de potentiële deelnemers. Een interventie heeft nauwelijks kans van slagen wanneer de deelnemers geen tijd en energie steken in het aanpakken van eenzaamheid of door beperkingen daartoe niet in staat zijn. Een advies of een verwijzing naar een geschikt aanbod is een onmisbare volgende stap. Kennis van de sociale kaart is noodzakelijk, evenals de bereidheid om zondig te verwijzen naar aanbod buiten de eigen instelling.

Gemeentelijk beleid

Gemeenten kunnen vanuit meerdere beleidsterreinen een bijdrage leveren aan de vermindering van eenzaamheid. Een greep uit de mogelijkheden.

- Welzijnsbeleid. Gemeenten hebben in de rol van financier en regisseur invloed op het welzijnsaanbod voor eenzame ouderen.
- Vrijwilligersbeleid. Ouderen hebben baat bij een zinvolle invulling van hun tijd. Het beleid moet rekening houden met hun wensen en mogelijkheden. Een kansrijke benadering is het bij elkaar brengen van ouderen en jongeren, bijvoorbeeld doordat ouderen kleine kinderen voorlezen en jongeren hand- en spandiensten verlenen aan ouderen.
- Sociale veiligheid. Ouderen die zich 's avonds veilig voelen in hun buurt zijn minder eenzaam dan ouderen die hun buurt als onveilig ervaren.
- Ruimtelijke ordening. Ouderen komen elkaar tegen als het buiten aantrekkelijk is, veilig oogt door een overzichtelijke ruimte en er bankjes staan op weg naar winkels en andere voorzieningen.
- Bewegingstimulering. Ouderen vinden samen beweegactiviteiten uitvoeren, een prettige manier om elkaar te ontmoeten. Veilige wandel- en fietspaden, een geschikt sport- en beweegaanbod waar ouderen op hun niveau aan mee kunnen doen, stimuleren niet alleen dat ouderen meer bewegen, maar verminderen ook sociaal isolement.
- Vervoer. Optimale vervoersvoorzieningen, ook voor mensen met lichamelijke beperkingen, zijn een voorwaarde voor het ondernemen van activiteiten.

Integrale aanpak

De complexiteit van de eenzaamheidsproblematiek vraagt bij voorkeur om een integrale aanpak: de realisatie van een signaleringsnetwerk en een breed spectrum aan interventies, in combinatie met voorlichting, deskundigheidsbevordering en invoering van vernieuwende oplossingen. Het doel is een sluitende infrastructuur voor preventieve ketenzorg in het kader van eenzaamheid. Samenwerking is essentieel. Evenals aandacht voor het individu en de omgeving. Deze aanpak is een investering die op langere tijd zijn vruchten afwerpt. Klein beginnen en langzaam uitbouwen, is natuurlijk ook mogelijk. Bijvoorbeeld eerst een van de knelpunten met hoge prioriteit aanpakken en na zichtbare verbetering een plan ontwikkelen voor andere speerpunten.

Acties:

- de sociale samenhang in de buurt wordt bevorderd door een wijkgerichte aanpak, waardoor bewoners elkaar beter leren kennen en sterker betrokken zijn op elkaar. Om dit te bereiken worden subsidies beschikbaar gesteld voor buurtvereniging die ter gelegenheid van de feesten i.h.k.v. 400 jaar Beemster, activiteiten organiseren voor ouderen.
- Het ouderenpanel vragen buurtschouwen te houden om onveilige plekken in beeld te brengen en te adviseren over sociale veiligheid en ontmoetingsplaatsen voor ouderen in de wijken.
- Voortzetten van de subsidiëring van bewegingsactiviteiten voor ouderen;
- In overleg met de bibliotheek een plan uitwerken om ouderen te betrekken bij het voorlezen aan kinderen.
- het preventief huisbezoek aan 75-plussers door Aangenaam Wonen-Plus continueren.
- het continueren van de buurtbus en het begeleid boodschappen doen.

5.3.2 aanpak overgewicht

Om een stijging van overgewicht en obesitas een halt toe te roepen is bevorderen van beweging en verantwoorde voeding van belang. Overgewicht is echter niet alleen een kwestie van gedrag maar ook van de omgeving. En dus vergt preventie van overgewicht niet alleen inzet van de burger, maar ook van diegenen die verantwoordelijk zijn voor de inrichting van onze ruimte en leefomgeving. Voorbeelden zijn verkeer en vervoer, milieu, natuur, groene ruimte, recreatie, vestigingsbeleid van bedrijven, scholen, sport- en beweegaccommodaties. De aanpak van overgewicht vergt dan ook een integrale aanpak, waarbij de omgeving wordt betrokken.

Inventarisatie van beleidsinstrumenten

Het rapport 'Overgewicht: de gemeente aan zet' (NIZW 2005) geeft een inventarisatie weer van beleidsinstrumenten die ingezet zijn in nationaal en lokaal georiënteerde projecten gericht op het voorkomen van overgewicht bij jongeren tussen 0 en 19 jaar. Deze beleidsinstrumenten zijn ingedeeld naar type (communicatief, juridisch, economisch of voorzieningen) en onderscheiden naar de settings school, wijk en zorg. Daarnaast zijn vanuit beleidsvelden instrumenten geïnventariseerd. Dit zijn de beleidsvelden Onderwijs, Sport & Recreatie, Ruimtelijke Ordening/Verkeer & Vervoer en Zorg & Welzijn (Nijboer & Alst, 2005).

Hieronder zijn de verschillende voorbeelden van gemeentelijke beleidsmaatregelen weergegeven:

Zorg & Welzijn

- Richtlijnen voor signalering, advies en hulp aan kinderen met overgewicht
- 'Minimale interventiestrategie' na signalering binnen de jeugdgezondheidszorg
- Gezondheidsvoorlichting, gedragstherapie, psychologische begeleiding of programma's gericht op gezonde voeding en bewegen
- Informatievoorziening via de media, gericht benaderen van doelgroepen via tussenpersonen of opstarten van programma's binnen een wijk
- Aanstellen van een overgewichtcoördinator

Onderwijs

- Regelmatige controle op overgewicht en eventuele verwijzing
- Deskundigheidsbevordering bij leerkrachten
- Lesprogramma's gericht op gezonde leefstijl en extra gymlessen
- Weghalen snoepautomaten of het realiseren van een gezond kantineaanbod

Sport

- Aanstellen 'beweegmanager' voor samenwerking tussen sport, school en gemeente
- (Bijna) gratis sport voor wijkbewoners (via sportpas of kennismakingsaanbod)

Ruimtelijke ordening,

- Sport- en beweegruimte in wijken waar die ruimte niet aanwezig is

Verkeer & Vervoer

- Goede en veilige indeling van de woonomgeving om bewegen te bevorderen
- Bevorderen van lopen en fietsen naar school
- Geen nieuwe vergunningen voor een snackbar naast school of buurthuis

Werk

- Sportfaciliteiten of programma's voor werknemers gericht op leefstijl
- Verandering van het aanbod in de kantine

Het is niet mogelijk om alle suggesties tegelijk op te pakken. Daarom zullen we in Beemster de komende vier jaar aandacht besteden aan de volgende actiepunten.

Acties:

- bij het opzetten van een Centrum voor Jeugd en Gezin zal tevens aandacht gegeven worden aan het opsporen en doorverwijzen van kinderen met overgewicht, hieraan gekoppeld zal deskundigheidsbevordering bij leerkrachten plaatsvinden;
- de gemeente zal met de scholen overleggen hoe lopen en fietsen naar school kan worden gestimuleerd; Door de school centraal in het dorp/nieuwbouw te positioneren is lopen en fietsen naar school een vanzelfsprekende mogelijkheid,

Ouders zullen meer gestimuleerd moeten worden hun kinderen daarmee op te voeden i.p.v. ze met de auto naar school te brengen.

-
- de vorming van brede scholen zal worden gestimuleerd en daarmee een actieve benadering van het stimuleren van bewegen in sportieve zin
- het inrichten van speel- en doeplekken blijft onze prioriteit houden; In de nieuwbouwplannen voor Zuidoostbeemster wordt meer dan voorheen rekening gehouden met speel- en sportmogelijkheden voor kinderen.

De regionale doelstellingen zullen ook voor Beemster gelden:

- ➔ het percentage volwassenen (18-70 jaar) met matig tot ernstig overgewicht is in 2012 niet hoger dan 48,5% en het percentage volwassenen (18-70 jaar) met obesitas niet hoger dan 11,8%;
- ➔ het percentage jeugdigen (0 t/m 11 jaar) met overgewicht is in 2012 lager dan het percentage zoals gemeten bij de Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen in 2007.

5.3.3 Verbetering van het binnenmilieu

Een gezonde binnenlucht is van levensbelang, maar zonder het te beseffen zitten we vaak uren binnen in vervuilde lucht. Dat de binnenlucht meestal vuiler is dan de buitenlucht, hebben we vaak niet in de gaten. Bij luchtverontreiniging wordt eerder gedacht aan vervuiling door fabrieken, uitlaatgassen, smog e.d., en niet aan ongezonde lucht in de eigen woning. Dit terwijl we vaak meer dan 85% van onze tijd binnen doorbrengen. Het gebruik van bepaalde producten, de bouwmaterialen, de structuur van het gebouw en het bewonersgedrag beïnvloeden de binnenluchtkwaliteit. Gelukkig kan de binnenlucht door relatief eenvoudige maatregelen vaak flink verbeterd worden.

Maar zolang mensen niet beseffen welke gezondheidsrisico's een vervuild binnenmilieu met zich meebrengt, zal men niet geneigd zijn om maatregelen te nemen. De nodige structurele veranderingen aanbrengen in de woning is als huurder of financieel zwakkere vaak onmogelijk. Een aanpassing van ons gedrag is echter voor iedereen haalbaar.

Het onderwerp binnenmilieu wordt binnen het huidige regionale takenpakket van de GGD uitgevoerd (collectieve preventie, bevorderen van medisch milieukundige zorg (zie bijlage 2).

In het kader van binnen milieu is in de gezondheidsmonitor gevraagd naar schimmel- en vochtplekken, ventileren en roken in huis. Veel huishoudens hebben last van schimmel- en vochtplekken, voornamelijk in de badkamer. Vergeleken met andere regio's komt dit in de regio Zaanstreek Waterland vaker voor. De oplossing voor het verbeteren van het binnenmilieu is ventileren.

Acties:

- De woningcorporaties geven hun huurders voorlichting over het verbeteren van het binnenmilieu.
- De gemeente biedt via de GGD Zaanstreek/Waterland het project 'Binnenmilieu in scholen' aan
- Burgers kunnen een verzoek indienen bij de GGD tot het verrichten van een binnenmilieu-meting.
- In Binnendijks een aantal artikelen wijden aan de nadelen van een slecht binnenmilieu (actie GGD)

6. Tot slot

Deze Gezondheidsschets schetst verschillende aanknopingspunten voor het invullen van de nieuwe (geïntegreerde) nota gemeentelijk gezondheidsbeleid/Wmo 2009-2012, zowel voor het regionale, Zaanstreek-Waterlandse, deel als voor de paragraaf van Beemster. Er is gekeken naar het landelijke en het lokale beleid en naar de belangrijkste regionale gezondheidsproblemen. Vervolgens is specifiek ingezoomd op de gezondheidssituatie in Beemster. De volgende stap is nu om gezamenlijk prioriteiten te stellen voor het invullen van de nieuwe nota. De afstemming tussen de Wcpv en de Wmo moet daarbij goed in ogenschouw worden genomen.

6.1 Financiën

De gezondheidsnota komt in onze gemeente voor de tweede maal tot stand. Gezondheidsbeleid is echter niet nieuw. In de gemeentebegroting zijn structurele middelen opgenomen ten behoeve van het voeren van gezondheidsbeleid. Deze middelen zijn bedoeld om een aantal lopende projecten alsmede instellingen te financieren. Voor een aantal voorgestelde beleidsmaatregelen geldt dat het nieuwe beleidsimpuls zijn. Hiervoor zijn aanvullende middelen noodzakelijk. Over deze projecten worden afzonderlijke projectvoorstellen voorbereid en zal separate besluitvorming moeten plaatsvinden. Hierbij zal de geldende begrotingsdiscipline worden gevolgd, tenzij noodzakelijk anders wordt gewenst.

7. Evaluatie van beleid en activiteit

Met deze nota gezondheidsbeleid leggen de gemeenten hun prioriteiten in het kader van de openbare gezondheidszorg voor de komende vier jaar vast. Om te bepalen of de doelen worden behaald en of de voorgenomen activiteiten worden uitgevoerd is het belangrijk om het gezondheidsbeleid systematisch te evalueren. De gemeenten zijn voornemens om halverwege de notaperiode (begin 2010) een tussenevaluatie uit te voeren. Dan zal worden bekeken welke van de voorgenomen activiteiten tot dan toe zijn uitgevoerd en op welke punten nog extra moet worden ingezet. Eind 2011 volgt een eindevaluatie om de balans op te maken voor de volgende nota gezondheidsbeleid.

8. Alcoholmatigingsbeleid

Bij de behandeling van deze nota in de commissie samenleving werd de wens geuit om meer aandacht te besteden aan alcoholmatigingsbeleid. In de nota integraal jeugdbeleid, die in september ter vaststelling aan de gemeenteraad wordt aangeboden, is een paragraaf opgenomen over het alcoholmatiging bij jongeren tot 23 jaar. Voorgesteld zal worden om in het 3^e en 4^e kwartaal van 2009 een alcoholmatigingsbeleid op te stellen. Hierin zullen voorlichting en informatie een belangrijke rol spelen, maar ook meer specifiek programma's die erop gericht zijn jongeren om te leren gaan met groepsdruk. Scholen, de jongerenwerker, GGD en MEE zullen de belangrijkste partners zijn bij de uitwerking van dit beleid.

Literatuurlijst

Alphen van, T., Boot, J.M., Zoest van, F. (2006). *Publieke Gezondheid Agenda 2007-2011*. Abcoude: Stichting Public Health Forum.

Comajta, M., Peppelenbos, M., Walg, C. *Preventie voor zorg! Wat de GGD doet en kan doen in het kader van de Wmo*. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland, 2006.

Hamar de la Brethonière, R., Brinkman, N. *Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang*. Den Haag, SGBO/Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), 2007.

Hollander de, A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers van, J.A.M., Polder, J.J. (2006). *Zorgen voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). *Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?* Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kiezen voor gezond leven 2007-2010*. Den Haag, 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag, 2007.

Mulder, M; Plevier, C. *Gezondheidsenquête Zaanstreek-Waterland 2005*. Zaandam: GGD Zaanstreek-Waterland, 2006.

Nijboer, C., Pieterse M. (2001). *Facetbeleid als strategie voor gezondheidsbevordering*. Factsheet NIGZ/CRIM.

STIVORO. *Handleiding tabakspreventie in de nota lokaal gezondheidsbeleid*. Den Haag, 2007.

Trimbos Instituut. *Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies*. Utrecht, 2006.

Trimbos Instituut. *Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid*. Utrecht, 2007.

Voedingscentrum. *Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid*. Den Haag, 2007.

Voedsel en Warenautoriteit. *Handleiding lokaal alcoholbeleid. Een integrale benadering*. Den Haag, 2007.

Walg, C. *Relatie tussen de Wcpv en de Wmo. Kansen voor de openbare gezondheidszorg!* Deventer: GGD Gelre-IJssel, 2006.

Bijlagen

BIJLAGE 1: Openbare Gezondheidszorg

De OGZ is vooral gericht op collectieve preventie: de bescherming, bevordering en bewaking van de volksgezondheid en acute hulpverlening aan de bevolking *als geheel*. Het gaat daarbij om de zorg voor de gezondheid van de samenleving, waarbij extra aandacht is voor groepen met een specifiek gezondheidsrisico en voor personen die kwetsbaar zijn. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan, die zich vooral richt op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van personen op het moment dat hun gezondheid al is geschaad. Onder de OGZ vallen ook de activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en het acuut optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen.

De OGZ en gezondheidsbeleid zijn een zaak van veel verschillende partijen, zoals gemeenten, de GGD, verschillende zorg- en welzijnsinstellingen en vertegenwoordigers van cliënten. De gemeenten hebben de regie. Ze hebben op grond van de Wcpv een groot aantal taken en zijn verplicht om een GGD op te richten en in stand te houden, die werkt op de vele terreinen die in deze wet beschreven staan.

BIJLAGE 2: Wcpv en Wmo

Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

In het kader van de Wcpv zijn veel taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de collectieve preventie van het Rijk naar de gemeentelijke overheden overgeheveld. De Wcpv onderscheidt drie hoofdtaken: collectieve preventie (een bevorderingstaak), infectieziektebestrijding (een uitvoeringstaak) en jeugdgezondheidszorg (bevorderings- en uitvoeringstaken).

In onderstaand schema worden de Wcpv-taken schematisch weergegeven:

Taken gemeenten		
Collectieve preventie	Infectieziektebestrijding	Jeugdgezondheidszorg
<ul style="list-style-type: none"> • verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking; • onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg; • bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen; • gezondheidsbevordering; • bevolkingsonderzoeken; • bevorderen van medisch milieukundige zorg; • bevorderen van technische hygiënezorg. <p>NB: tot 1 januari 2007 stond ook het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg in deze rij. Vanaf deze datum is deze taak echter bij de Wmo ondergebracht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • algemene infectiebestrijding; • bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, zoals aids, chlamydia etc.; • tuberculosebestrijding; • bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten; • outbreakmanagement; • beantwoorden van vragen uit de bevolking; • geven van voorlichting en begeleiding. 	<ul style="list-style-type: none"> • verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende- en bedreigende factoren; • ramen van de behoefte aan zorg; • vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma; • geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding; • formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen; • Maatwerk jeugdgezondheidszorg (zoals opvoedingsondersteuning en logopedie).

Veel van deze preventieve taken worden al structureel uitgevoerd, hetzij door GGD Zaanstreek-Waterland hetzij door andere partijen als de thuiszorg, verslavingszorg en welzijnsinstellingen.

Er ligt momenteel een wetsvoorstel om de Wcpv te vervangen door de Wet publieke gezondheid (Wpg). Het wetsvoorstel bevat twee inhoudelijke wijzigingen: de infectieziektebestrijding en de introductie van een verplichting voor gemeenten om in de jeugdgezondheidszorg het Elektronisch Kinddossier (EKD) te gebruiken. Wanneer de Wpg officieel wordt ingevoerd is nog niet bekend.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

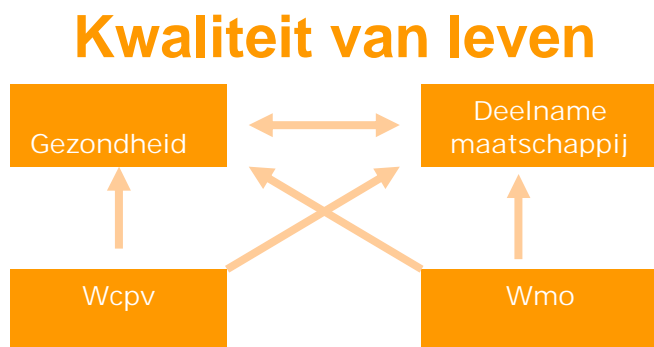
De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) maakt gemeenten sinds 1 januari 2007 verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning en participatie van alle burgers. Deze wet beoogt dat alle burgers op een volwaardige manier aan de samenleving kunnen deelnemen; kwetsbare groepen (bijvoorbeeld ouderen en mensen met een beperking) mogen daarbij zo min mogelijk drempels ervaren. In de doelstellingen van de Wmo neemt de realisatie en versterking van een zogenaamde '*civil society*' een belangrijke plaats in, dat wil zeggen de zorg en ondersteuning die burgers in hun eigen omgeving organiseren. De Wmo omschrijft 'maatschappelijke ondersteuning' in negen prestatievelden:

1. Het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten;
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met het opgroeien en ondersteuning van ouders met problemen met opvoeden;
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;

5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en het bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem;
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. Maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en aanpak huiselijk geweld;
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

Relatie Wcpv-Wmo

De Wcpv en de Wmo hangen nauw met elkaar samen en vertonen op verschillende terreinen zelfs overlap. Beide wetten kunnen worden gezien als twee onlosmakelijk met elkaar verbonden pijlers. Overstijgend doel is het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers (zie figuur 1). Veel onderzoeken laten zien dat mensen die openstaan voor actieve deelname aan en betrokkenheid bij de maatschappij zich gezonder voelen. Andersom maakt een goede gezondheid deelname aan het maatschappelijke leven mogelijk.



Figuur 1: Relatie Wcpv-Wmo

De raakvlakken en overlap tussen de Wmo en de Wcpv liggen met name op het preventieve vlak. De Wcpv begeeft zich vooral op het terrein van primaire⁸ en secundaire⁹ preventie en heeft tot doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De Wmo richt zich op secundaire en tertiaire¹⁰ preventie en is vooral bedoeld om burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij.

⁸ Primaire preventie: voorkomen dat mensen ziek worden of een aandoening ontwikkelen (bv. door het Rijksvaccinatieprogramma).

⁹ Secundaire preventie: ziekten en aandoeningen zo snel mogelijk opsporen om een ernstigere ziekte toestand te vermijden (bv. borstkankerscreening).

¹⁰ Tertiaire preventie: voorkomen dat een ziekte zich opnieuw openbaart of leidt tot nog zwaardere complicaties of de dood (activiteiten die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand op te heffen, te reduceren of te compenseren, bv. spuiten van insuline bij diabetes-patiënten).

BIJLAGE 3: Maatschappelijke tendensen en ontwikkelingen

Het kader voor gezondheidsbeleid wordt, naast verschillende wetten, ook gevormd door allerlei maatschappelijke tendensen en ontwikkelingen. De belangrijkste worden hieronder weergegeven.

- *Demografische ontwikkelingen*. De Nederlandse bevolking stijgt minder snel dan een aantal jaren geleden en de bevolkingssamenstelling verandert. Het aantal ouderen neemt toe (vergrijzing), evenals het aantal allochtonen. Ook is er sprake van meer éénooudergezinnen en stijgt het aantal alleenstaanden nog steeds.
- *De zorg 'vermaatschappelijkt'*. Hiermee wordt gestimuleerd dat ouderen en mensen met een beperking steeds meer een volwaardige plaats innemen in de maatschappij, door zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen of opnieuw zelfstandig te gaan wonen. De vermaatschappelijking hangt nauw samen met de tendens tot *extramuralisering*: de afbouw en ombouw van grootschalige zorgvoorzieningen naar hulp- en zorgverlening aan huishoudens en personen in de thuissituatie. Wanneer dat niet mogelijk blijkt, wordt ernaar gestreefd dat mensen terecht kunnen in kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk.
- *Beleidsprogramma Kabinet Balkenende IV 2007-2011 'Samen werken samen leven'*. Veel van de hierin genoemde voornemens raken (in)direct aan het terrein van de openbare gezondheidszorg. Er is onder andere aandacht voor een duurzame ruimtelijke inrichting, een veilige woon- en leefomgeving, opgroeien met betrokkenheid en kansen (met daarbinnen speciale aandacht voor opvoedingsondersteuning en het bestrijden van kindermishandeling), het bevorderen van de participatie van burgers in de samenleving, armoedebeleid en toegankelijke en betaalbare zorg.
- *Jeugd en Gezin* staan centraal in het beleid van het nieuwe kabinet Balkenende IV. Er wordt stevig ingezet op de ontwikkeling van zogenaamde Centra voor Jeugd en Gezin, waarbinnen gemeenten al hun taken op het gebied van jeugd samenbrengen. Het Centrum is een laagdrempelige voorziening waar ouders en jeugdigen terecht kunnen voor alle vragen en problemen over opgroeien en opvoeden. Uiterlijk 1 januari 2009 moet het *Elektronisch Kind Dossier (EKD)* zijn ingevoerd. Het EKD wordt gekoppeld aan een zogenaamde 'Verwijsindex risicjongeren'. Hierdoor wordt de monitoring van kinderen en het uitwisselen van informatie tussen instellingen makkelijker en worden de mogelijkheden voor het signaleren van risicogezinnen vergroot. De verbinding tussen de jeugdgezondheidszorg en de zorgadviesteams rondom scholen wordt in toenemende mate gestimuleerd.
- *Evaluatie integratie Jeugdgezondheidszorg*. In 2006 is de integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar landelijk geëvalueerd. In het evaluatierapport worden enkele aanbevelingen gegeven die in overweging kunnen worden genomen bij de verdere vormgeving van de integrale jeugdgezondheidszorg. De belangrijkste aanbevelingen zijn het nauwkeuriger formuleren van het uniforme deel van het basistakenpakket en het zo snel mogelijk komen tot één uitvoeringsorganisatie voor de 0- tot 19-jarigenzorg. Een regionale evaluatie van de integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vindt eind 2007 plaats.
- *Ontwikkelingen Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)*. Het Ministerie van VWS wil dat gemeenten met het zogenaamde 'Stedelijk Kompas' in toenemende mate sluitende trajecten organiseren voor kwetsbare inwoners, waaronder mensen die dak- of thuisloos (dreigen te) worden. Ook is het bedoeld om overlast en criminaliteit te verminderen. De centrumgemeenten (Purmerend en Zaanstad) hebben de regie ten opzichte van effectieve signalering en toeleiding tot opvang en zorg.
- *Modernisering van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz)*. Om de (stijgende) kosten te beheersen en de collectieve verzekering voor noodzakelijke zorg te kunnen blijven garanderen wordt de Awbz aangepast. De Awbz is alleen nog van toepassing op langdurige en zwaardere zorg (onverzekerbare zorg). De lichtere zorg is uit de Awbz verdwenen en in de Wmo en de Zorgverzekeringswet (2006) ondergebracht.
- *Toenemende kwaliteitseisen*. Er worden in toenemende mate eisen gesteld aan de uitvoering van de Wcpv. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst in toenemende mate de prestaties, bijvoorbeeld aan de hand van indicatoren. De gemeenten worden erop afgerekend wanneer zij niet aan de gestelde normen voldoen.
- *Visie Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG): preventie effectiever door versterking eerstelijnszorg*. Volgens de KNMG is het huidige preventiebeleid te weinig effectief en te vrijblijvend. Dat schrijft zij in haar rapport 'Volksgezondheid en Preventie' (juni 2007). Effectieve preventie kan in belangrijke mate bijdragen aan langer gezond leven, langer gezond werken en langer volwaardig deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. KNMG wil een betere kwaliteit van leven door een scherper

preventiebeleid en vindt het van belang dat het door de overheid gevoerde preventiebeleid met meer kracht wordt voortgezet. KNMG doet voorstellen voor een betere samenwerking in de zorgketen en vindt dat een versterkte eerstelijnszorg hierin het voortouw moet nemen. Een sterke lokale ondersteuningsstructuur daarbij acht de KNMG noodzakelijk. Om een beter preventiebeleid te realiseren wordt hiertoe met relevante partijen in de zorgketen overlegd.

BIJLAGE 4: De gezondheidssituatie van de bevolking

Door de gegevens over de gezondheidssituatie van de bevolking van de gemeenten in Zaanstreek-Waterland af te zetten tegen landelijke cijfers en cijfers uit eerdere onderzoeken (indien beschikbaar) ontstaat een totaal beeld van de regionale gezondheidstoestand. De landelijke cijfers uit dit hoofdstuk zijn veelal afkomstig van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2006 van het RIVM; de regionale cijfers komen voornamelijk uit de Gezondheidsenquête 2005 van GGD Zaanstreek-Waterland (voor 18-70 jarigen) en de Jongerenenquête 2005/2006 van de gemeenten Purmerend en Zaanstad.

Gezondheid en gezondheidsbeleving

Jeugd

Ruim 90% van de jongeren ervaart de eigen gezondheid als goed of zeer goed. Dit blijkt uit de Jongerenenquêtes 12 t/m 24 jaar die de gemeenten Purmerend en Zaanstad in 2005 en 2006 hebben gehouden. Ongeveer 20% van de jongeren heeft een probleem dat hen dag en nacht bezig houdt (vooral 16 t/m 19 jarige meisjes).

Volwassenen

In Nederland veroorzaken hart- en vaatziekten, kanker en psychische aandoeningen de meeste ziektelast. Hart- en vaatziekten zijn bovendien de belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte. Het cijfer voor hoe de inwoners van Zaanstreek-Waterland hun eigen gezondheid ervaren is in de afgelopen vier jaar met een 7,6 gelijk gebleven. Minder dan 1 op de 8 ervaart zijn/haar gezondheid als matig tot slecht, tegenover bijna 1 op de 5 Nederlanders. Ouderen, mensen met een laag opleidingsniveau en allochtonen blijken hun gezondheid vaker negatief te beoordelen. Uit landelijke cijfers blijkt dat mensen met een lagere sociaal-economische status (SES) vaker een mindere gezondheid hebben dan mensen met een hogere SES. Dat men de eigen gezondheid goed noemt wil uiteraard nog niet zeggen dat er geen gezondheidsproblemen zijn.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de tien meest voorkomende aandoeningen, vastgesteld door een arts. Waar mogelijk is vergeleken met cijfers uit 2001.

	2005 (%)	2001 (%)
Hoge bloeddruk	10,3	9,7
Ernstige rugaandoening	9,2*	11,3
Gewrichtsslijtage van heupen of knieën	9,1	9,8
Ernstige aandoening van nek of schouder	7,3	-
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA/COPD	7,1	-
Migraine	5,3*	9,0
Ernstige aandoening van elleboog, pols of hand	5,2	-
Psychische aandoening	4,6*	1,9
Chronisch eczeem	3,8	-
Diabetes	3,4*	1,6

* Significant verschillend van het percentage in 2001

Hoge bloeddruk is in Zaanstreek-Waterland, met 10,3% van de inwoners, de meest voorkomende aandoening. Vergeleken met 2001 is het percentage psychische aandoeningen en diabetes significant¹¹ gestegen. De meest voorkomende psychische aandoeningen zijn depressie- en angststoornissen en problemen met alcohol en drugs. Ruim 5% van de inwoners heeft een hoog risico op het krijgen van een angststoornis of depressie (met name vrouwen, allochtonen en mensen met een laag opleidingsniveau). 16,1% van de inwoners in Zaanstreek-Waterland is psychisch ongezond. Psychische aandoeningen zorgen voor veel ziektelast en een hoog ziekteverzuim.

Leefstijl

De huidige leefstijl van de inwoners van Zaanstreek-Waterland zal voor een belangrijk deel de gezondheidstoestand in de toekomst bepalen. Naast geslacht en leeftijd speelt ook de sociaal-

¹¹ Significant: met 95% betrouwbaarheid kan worden gezegd dat het om een werkelijk verschil gaat dat niet toeval berust.

economische status (gebaseerd op opleidingsniveau) een rol bij het voorkomen van deze risicofactoren. De belangrijkste risicofactoren voor Zaanstreek-Waterland worden in deze paragraaf verder uitgewerkt.

Roken

Roken levert van alle leefstijlfactoren de meeste gezondheidsschade op en is mede verantwoordelijk voor de hoge sterfte aan hart- en vaatziekten. Jaarlijks sterven ruim 20.000 Nederlanders aan ziekten die met roken samenhangen.

Jeugd

Onder tieners van 15 tot 19 jaar rookt 45% van de jongens en 36% van de meisjes, ongeveer evenveel als vier jaar geleden. De meeste rokers zijn autochtoon of westers allochtoon in de leeftijd van 18 t/m 20 jaar. Landelijk is het percentage jongeren dat ooit gerookt heeft in de afgelopen jaren gedaald. Het percentage actuele rokers blijft met 23% gelijk (peiljaar 2005).

Volwassenen

In de regio rookt 29,8% van de bevolking. Het landelijke percentage roken is 28% (waarbij moet worden opgemerkt dat dit cijfer een andere leeftijdscategorie betreft). Jong-volwassenen, mannen en lager opgeleiden roken vaker en meer. Het percentage rokers is in Zaanstreek-Waterland sinds 2001 niet veranderd. In 1993 was dit nog 34%. Elf procent van de rokers is een zware roker (meer dan een pakje per dag).

In de afgelopen vier jaar is het roken in Zaanstreek-Waterland stabiel gebleven. De landelijke trend is dat het percentage rokers daalt. Vergeleken met 1993 is deze trend ook in Zaanstreek-Waterland zichtbaar. Om de daling in het aantal rokers onder de Nederlandse bevolking door te laten zetten heeft de overheid dit in de landelijke preventienota als prioriteit benoemd. Voor jongeren is het overheidsbeleid erop gericht om te voorkomen dat jongeren met roken beginnen.

Roken	2005	Vergeleken met 2001	Vergeleken met 1993	Vergeleken met landelijk cijfer (Stivoro, TNS NIPO)
Jeugd (15-19 jaar)	40,5%	Gelijk	-	-
Volwassenen	29,8%*	Gelijk	Lager	Hoger**

* Significant lager dan in 1993

** Andere leeftijdscategorie dan cijfer Zaanstreek-Waterland

Alcohol- en drugsgebruik

Jeugd

Overmatig alcohol- en drugsgebruik zijn schadelijk voor de gezondheid. Zeven procent van de 12 t/m 17 jarigen en veertien procent van de 18 t/m 24 jarigen drinkt excessief (zes of meer glazen per dag op 3 of meer dagen in de week). Vooral het veel ineens drinken op uitgaansavonden ('binge drinken') is populair. Autochtone jongens drinken vaker en meer alcohol per gelegenheid dan anderen. Een op de vier jongeren heeft wel eens gebloed. 1% van de 12 t/m 17 jarigen en 4% van de 18 t/m 24 jarigen gebruikt bovendien harddrugs.

Volwassenen

17,6% van de volwassenen in de regio is een zware drinker (op één of meer dagen per week minstens 6 glazen). Risicogroepen zijn: mannen, 18-39 jarigen, autochtonen, middelbaar opgeleiden en alleenstaanden. Het percentage zware drinkers is in de afgelopen vier jaar significant toegenomen (was 13,2% in 2001). In vergelijking met landelijke cijfers en cijfers uit andere regio's wijkt Zaanstreek-Waterland ongunstig af. Landelijk is het percentage zware drinkers 10,8%.

Ongeveer 4% van de bevolking heeft de afgelopen maand cannabis gebruikt. Anderhalf procent heeft de afgelopen vier weken harddrugs gebruikt. Het drugsgebruik onder jonge volwassenen is hoger dan onder ouderen. Ook onder middelbaar opgeleiden is het drugsgebruik hoger.

Alcohol	2005 (%)	Vergeleken met 2001	Vergeleken met landelijk cijfer
Jeugd (12-18 jaar)	7,0% excessieve drinker	-	-
Volwassenen	17,6%* zware drinker	Hoger	Hoger**

Drugs			
Jeugd (12-18 jaar)	25% heeft ooit geblowd	-	-
Volwassenen	4% heeft in afgelopen maand cannabis gebruikt	-	-

* Significant hoger dan in 2001

** Andere leeftijdscategorie dan cijfer Zaanstreek-Waterland

Overgewicht

Jeugd

Van de 0-4 jarigen in de regio heeft ca. 1% overgewicht en 0,3% obesitas. Bij de 5-jarigen is dit respectievelijk 5,3% en 2%. Deze percentages stijgen met de leeftijd. Zowel tijdens het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) in groep 7 van het basisonderwijs als tijdens het PGO in klas 2 van het voortgezet onderwijs wordt bij 12,4% van de leerlingen overgewicht en bij ca. 4% obesitas geconstateerd. Overgewicht komt vaker voor bij jongeren van 12 t/m 17 jaar, bij allochtone jongeren en bij jongeren met een laag opleidingsniveau.

Landelijk is de toename van overgewicht en obesitas onder kinderen het grootst; in sommige leeftijdsgroepen is het percentage te zware kinderen zelfs verdubbeld ten opzichte van 1997.

Volwassenen

In de regio lijdt 48,5% van de volwassenen aan matig tot ernstig overgewicht en 11,8% aan obesitas. De prevalentie¹² van matig tot ernstig overgewicht is sinds 2001 significant toegenomen (was toen 44,1%) en is ook hoger dan de prevalentie in de regio Eemland (er is met deze regio vergeleken vanwege het feit dat van deze regio vergelijkbare cijfers van hetzelfde jaar beschikbaar zijn). Ook landelijk steeg het aantal mensen met overgewicht in de afgelopen kwart eeuw van eenderde tot bijna de helft van de bevolking (44,9% in 2005). Het percentage mensen met obesitas is sinds 1980 verdubbeld van 5 tot 11% van de volwassenen. Die 'epidemie' doet zich vrijwel in alle lagen van de bevolking voor en is daarmee niet meer uitsluitend een probleem van de lagere sociale klassen (al komt overgewicht in de lagere klassen wel vaker voor).

Ongezond gedrag en overgewicht, vooral bij de jeugd, zijn een bron van zorg voor de gezondheid in de toekomst. Deskundigen benadrukken dat overgewicht binnen afzienbare tijd de grootste risicofactor voor de volksgezondheid zal zijn (in plaats van roken op dit moment). Aangezien de trends nog steeds ongunstig zijn en steeds meer mensen, onder wie ook kinderen en jongeren, (extreem) overgewicht ontwikkelen, is overgewicht tot speerpunt van landelijk beleid gemaakt.

Overgewicht	2005	Vergeleken met 2001	Vergeleken met landelijk cijfer
Jeugd (groep 7 BO en klas 2 VO)	12,4%	-	-
Volwassenen	48,5%*	Hoger	Hoger**

* Significant hoger dan in 2001

** Andere leeftijdscategorie dan cijfer Zaanstreek-Waterland

Lichamelijke inactiviteit en slechte voeding

Jeugd

Te weinig beweging en slechte voeding zijn belangrijke risicofactoren voor het ontstaan van overgewicht. Slechts iets meer dan een kwart van de jeugd voldoet aan de norm voor gezond bewegen (voor jeugdigen minimaal 1 uur per dag). Er zijn op dit moment geen gegevens over jeugd en voeding bekend.

Volwassenen

Maar liefst 74,7% van de inwoners voldoet niet aan de landelijke norm voor gezond bewegen (voor volwassenen minimaal een half uur per dag) (landelijk is dit 50%). Slechts 34,8% sport in georganiseerd verband. Het beweegpatroon in Zaanstreek-Waterland is verslechterd sinds 2001. Risicogroepen met betrekking tot bewegen zijn vrouwen, allochtonen en ouderen.

Ruim één op de vijf inwoners ontbijt te weinig (de norm voor een verantwoord eetpatroon is minimaal vijf keer per week ontbijten). Dit percentage is lager dan het percentage in 2001 toen één op de drie inwoners te weinig ontbeet. Het verantwoorde ontbijtgedrag daalt met de opleiding.

¹² Prevalentie: het vóórkomen op een bepaald moment (zogenaamde 'puntprevalentie')

Volgens de landelijke richtlijn goede voeding (minimaal twee ons groente en twee stuks fruit) eet 72% van de inwoners in de regio onvoldoende groente en 71% onvoldoende fruit. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de gemeten percentages in de regio Eemland. De groente- en fruitconsumptie daalt met de leeftijd en met het opleidingsniveau. Mannen eten vaker te weinig fruit.

Bewegen	2005	Vergeleken met 2001	Vergeleken met landelijk cijfer
Jeugd	75% voldoet niet aan norm	-	-
Volwassenen	74,7% voldoet niet aan norm	Hoger	Hoger
Voeding			
Volwassenen	72% onvoldoende groente en 71% onvoldoende fruit	-	-

Sociale en fysieke omgeving

Naar aanleiding van de Gezondheidsenquête 2005 rapporteert 13,6% van de inwoners problemen te hebben met hun kinderen. Twee procent heeft behoefte aan opvoedingsondersteuning.

Bij 38,1% van de inwoners is sprake van matige of ernstige eenzaamheid (met name bij ouderen, allochtonen en mensen met een laag opleidingsniveau). Ruim 29% van de inwoners in Zaanstreek-Waterland heeft niet regelmatig contact met de burens. Wél hebben, in vergelijking met 2001, meer mensen goede vrienden.

De overlast van geluid is in Zaanstreek-Waterland de afgelopen vier jaar toegenomen van 10,5 naar 14,6%. Vliegtuigen en verkeer zijn de grootste bron van geluidshinder.

28,3% van de huishoudens heeft last van schimmel- en vochtplekken in huis, voornamelijk in de badkamer. Vergeleken met andere regio's komt dit in Zaanstreek-Waterland vaker voor. Ook wordt in deze regio vaker in huis gerookt (29,9%). In veel huishoudens wordt niet continu geventileerd: tussen de 54 en 68% ventileert niet continu.

Opvoedingsproblematiek	2005	Vergeleken met 2001	Vergeleken met landelijk cijfer
Volwassenen	13,6%	-	-
Volwassenen	2% behoefte aan opvoedingsondersteuning	-	-
Eenzaamheid			
Volwassenen	38,1%	-	-
Binnenmilieu			
Volwassenen	28,3% schimmel- en vochtplekken in huis	-	-
Volwassenen	Tussen 54 en 68% ventileert niet continu	-	-

Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg

In het jaar voorafgaand aan het moment van de gezondheidsenquête heeft ruim 70% van de mensen contact gehad met de huisarts. Bijna 1,5% van de inwoners in de regio vindt dat hij/zij de huisarts niet goed kan bezoeken. Het percentage personen dat ontevreden is over de telefonische bereikbaarheid van de huisarts is hoger: 14,4%. In vergelijking met 2001 is de fysieke bereikbaarheid van de huisarts verbeterd. De telefonische bereikbaarheid is slechter geworden.

Vrouwen gebruiken meer zorg dan mannen. Ondanks het verschil in gezondheid gebruiken allochtonen evenveel zorg als autochtonen. Ook is er geen verschil in zorggebruik naar opleidingsniveau, met uitzondering van het gebruik van thuiszorg wat onder laag opgeleiden 7,3 keer zo hoog is als onder hoog opgeleiden. Het zorggebruik in Zaanstreek-Waterland is over het algemeen genomen gelijk aan het zorggebruik in andere regio's.

Zorggebruik	2005 (%)	Vergeleken met 2001	Vergeleken met landelijk cijfer
Volwassenen	70% contact gehad	-	-

	met huisarts		
Volwassenen	14,4% ontevreden over telefonische bereikbaarheid huisarts	Slechter	-

BIJLAGE 5: Uitvoering van Wcpv-taken, onder andere door GGD Zaanstreek-Waterland

Het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking (epidemiologie)

Na de Gezondheidsenquête 2005 geeft de GGD in de komende vier jaar verder invulling aan de monitorfunctie voor alle leeftijdscategorieën (0-100 jaar). Dit gebeurt aan de hand van landelijk ontwikkelde standaarden. In 2007 vindt de Jeugdmonitor 0-12 jaar plaats. Elk jaar wordt een onderzoek onder een specifieke doelgroep uitgevoerd.

Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen

De GGD informeert de gemeenten over ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid op landelijk en op regionaal niveau. Ook adviseert de GGD de gemeenten bij het opzetten en uitvoeren van het gezondheidsbeleid en de openbare gezondheidszorg.

Het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding

De preventieprogramma's van de GGD richten zich veelal op specifieke doelgroepen en thema's. Er is zowel aandacht voor volwassenen als voor de jeugd. Gezien de regionale epidemiologische gegevens uit de Gezondheidsenquête 2005 zijn voor volwassenen de komende jaren zes speerpunten benoemd, te weten overgewicht, opvoedingsproblematiek, schadelijk alcoholgebruik, depressie, diabetes en binnenmilieu. De preventieprogramma's voor jeugdigen richten zich onder andere op overgewicht, mondgezondheid, verslaving en seksualiteit en worden in samenwerking met het onderwijs aangeboden. Specifieke aandacht is er voor allochtonen, met name voor de Turkse bevolkingsgroep en asielzoekers. In de uitvoering wordt samengewerkt met andere organisaties, waaronder de gemeenten, Eveen, de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening (SMD), Stichting Welsaen, het Zaans Medisch Centrum en Plato in het kader van voedingsvoorlichting voor Turken.

Het bevorderen van medisch-milieukundige zorg

Het inschatten van de gezondheidsrisico's van milieugerelateerde aspecten en de voorlichting aan de bevolking hierover zijn de belangrijkste taken van de GGD. In de komende jaren wil de GGD in dit kader, op basis van een inkoopmodel, verschillende activiteiten ontwikkelen, waaronder gezondheidseffectscreeningen op het gebied van ruimtelijke ordeningsvraagstukken en herstructureringsplannen. Met de uitbreiding van de formatie voor medische milieukunde wil de GGD verder een meer pro-actieve benadering in de aanpak van milieugerelateerde gezondheidsproblemen ontwikkelen en de risicocommunicatie bij milieuvraagstukken optimaliseren.

Het bevorderen van technische hygiënezorg

Momenteel voert de GGD inspecties 'hygiëne, veiligheid en pedagogisch handelen' uit in kinderopvangcentra en in bedrijven die huidpenetrerende handelingen verrichten. In de komende jaren zal in overleg met de gemeenten afgesproken moeten worden welke taken op het gebied van de technische hygiënezorg verder worden uitgevoerd en hoe dit gerealiseerd moet worden.

Het uitvoeren van infectieziektebestrijding

Het landelijke project om risicogroepen te vaccineren tegen Hepatitis B wordt door de GGD in de regio uitgevoerd. Risicogroepen zijn homoseksuelen, prostituees en verslaafden. Bij de uitvoering van het project wordt samengewerkt met o.a. de Brijder, maatschappelijke opvang en het COC. Verder organiseert de GGD 'Kindersprekuren Hepatitis A' voor kinderen t/m 12 jaar die regelmatig op vakantie of familiebezoek gaan naar onder andere Turkije en Marokko. Op twee locaties wordt SOA-zorg aangeboden: in het Zaans Medisch Centrum en bij de GGD in Zaandam.

Voor de komende jaren zijn voor de infectieziektebestrijding verschillende plannen geformuleerd. Zo wil men in het kader van de regionalisering de samenwerking in Noord-Holland/Flevoland intensiveren, zowel op het gebied van de algemene infectieziektebestrijding als voor de tuberculosebestrijding. Ook is het de bedoeling ten behoeve van grootschalige uitbraken protocollen en draaiboeken te ontwikkelen.

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (vanaf 1-1-2007 ondergebracht bij de Wmo)

Het Meldpunt Overlast en Bemoeizorg signaleert sinds 2003 kwetsbare inwoners en leidt deze toe richting zorg. Deze signalering is vanaf 1 oktober 2007 uitgebreid met het Team Bemoeizorg, een samenwerkingsverband tussen de GGD, GGZ Dijk en Duin, Brijder Verslavingszorg, Stichting Maatschappelijke Dienstverlening en Stichting Odion. Het team wordt ingezet voor snelle en goede zorgbemiddeling voor mensen die in zorgwekkende toestand bij het Meldpunt Overlast en Bemoeizorg

van de GGD worden aangemeld. In de komende jaren wordt deze werkwijze verder uitgebouwd. Ook wordt gewerkt aan versterking van het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) en het Netwerk Huiselijk Geweld. Zaanstad en Purmerend voeren de regie.

Jeugdgezondheidszorg

GGD Zaanstreek-Waterland is sinds 2005 hoofdaannemer en daarmee verantwoordelijk voor de Jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar. Een deel van deze zorg, de zorg voor 0-4 jarigen, heeft de GGD uitbesteed aan Eevan Jeugdgezondheidszorg. Op dit moment vindt een evaluatie van deze integrale jeugdgezondheidszorg plaats, waarna een besluit zal worden genomen over de uitvoering van de zorg voor 0-19 jarigen in de komende jaren. De verdere agenda voor de komende periode bevat onder andere het opzetten van gemeentelijke Centra voor Jeugd en Gezin, het invoeren en beheren van het Elektronisch Kind Dossier (EKD) en de Verwijsindex en de versterking van de aansluiting van zorgadviesteams (ZAT's) rondom scholen. Ook wordt hard gewerkt aan de regionale ontwikkeling van bemoeizorg voor multiprobleemgezinnen en aan de regionale invoering van het opvoedprogramma 'Triple P'.

BIJLAGE 6: Inventarisatie bestaand preventief aanbod op speerpunten

Thema	Aanbod
Overgewicht	<p><u>Regionaal</u></p> <p>GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Methode 'De klas beweegt!' - 'Ga voor gezond!': de nationale scholencompetitie - 'Gezond trakteren' - Project 'Weet wat je eet' - Project 'De gezonde schoolkantine' <p>Evean</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursus 'Sportief wandelen op gewicht' - Gespreksgroep 'Wat nou dik? Ik ben ik!' - Internetcursus 'Happy weight' <p><u>Lokaal</u></p> <p>GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Project 'Club Move' (Zaanstad) <p>SMD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursus 'Wat nou dik' voor vrouwen (Zaanstad en Purmerend)
Opvoedingsproblematiek	<p><u>Regionaal</u></p> <p>GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diverse leskisten over thema's genotmiddelen, mondgezondheid, persoonlijkheid/gedrag, seksuele- en relationele vorming, voeding en actieve leefstijl - Opvoedspreekuur - Website www.opvoedwegwijzer.nl - Cursus 'Opvoeden & Zo!' - Cursus 'Beter omgaan met je puber' <p>GGZ Dijk en Duin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursus 'Steuntje in de rug': voor ouders met psychische problemen met kinderen van 4-12 jaar en hun partners - Oudercursus 'Veilig voor de kleintjes': voor mishandelde moeders - Gesprekken over opvoeding: cliënten van GGZ Dijk en Duin kunnen verwezen worden naar de afdeling jeugd voor één tot maximaal 3 gesprekken - Moeder-peutergroep: ondersteuningsgroep voor moeders én peuters met depressieve klachten - Zelfhulp cursus voor ouders van peuters en kleuters met telefonische ondersteuning - Opvoedingsondersteuning voor vluchtelingen: cursus als onderdeel van het mindspring-project - Thema-avond voor ouders met kinderen met ADHD - Diverse voorlichting voortgezet onderwijs - Scholing over ADHD aan voortgezet onderwijs - Werkgroep ADHD en school <p>Evean</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursus 'Effectief omgaan met kinderen' - Cursus 'Opvoeden & Zo' - Opvoedspreekuur <p>SMD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursus 'Ouders van pubers' voor ouders die ondersteuning willen bij de opvoeding van hun kinderen tussen 12 en 18 jaar - Cursus 'Turkse ouders van pubers' (Zaanstad) <p><u>Lokaal</u></p> <p>GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Themabijeenkomsten op scholen, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven e.d. (Zaanstad)

	<p>GGZ Dijk en Duin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diverse voorlichting basisscholen (Zaanstreek) <p>Welsaen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Themabijeenkomsten in reguliere en VVE-peuterspeelzalen (Zaanstad) - Cursus 'Opvoeden & Zo' (Zaanstad)
<p>Schadelijk alcohol- en drugsgebruik</p>	<p><u>Regionaal</u></p> <p>GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leskist Genotmiddelen voor basis- en voortgezet onderwijs - Project 'Gezonde school en genotmiddelen' voor basis- en voortgezet onderwijs - Project 'Alcohol een ander verhaal' <p>Brijder Verslavingszorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publieksvoorlichting (voorlichting aan bijv. EHBO-vereniging, kerkgroep, Turkse vrouwengroep) - Campagne 'Voorkom alcohol schade bij uw opgroeiende kind' - Voorlichting jongerenwerk - Cursus / deskundigheidsbevordering voor intermediairs (o.a. voor jongerenwerkers, horecapersoneel, docenten) - Drugsinfoteam: jongeren informeren jongeren - Instructie Verantwoord Alcoholgebruik voor paracommerciële horeca - Informatiecursus voor de omgeving van problematische drinkers - Informatiecursus omgaan met experimenteren van jongeren (voor ouders) - Ouderavonden - Gastlessen onderwijs - Theaterprojecten primair onderwijs - Advies, begeleiding, consultatie - Vroegtijdige Interventie School - Spreekuur op scholen - Spreekuur in het jongerenwerk (voor professionals) - Homeparty
<p>Depressie</p>	<p><u>Regionaal</u></p> <p>GGZ Dijk en Duin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursus 'Een stap op weg' (jongeren 15-18 jaar) - Cursus 'In de put, uit de put' (23-60 jaar) - Cursus 'In de put, uit de put' (55+ jaar) - Cursus 'Lichte dagen, donkere dagen' (Turkse vrouwen) - Cursus 'Lichte dagen, donkere dagen' (Turkse mannen) - Gespreksgroep 'Nabestaande na zelfdoding' - Cursussen voor familieleden van mensen met een psychiatrisch ziektebeeld - Suicidepreventie - Voorkomen van eenzaamheid en depressie bij ouderen - Project 'Niet-pluis Ouderen' <p>Evean</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cursus Timemanagement - 'Slaap lekker!' - 'Helemaal jezelf in relatie met anderen' <p>SMD</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Groeps)maatschappelijk werk <p><u>Lokaal</u></p> <p>GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deelname netwerk integrale aanpak depressiepreventie (Purmerend en Zaanstad) <p>GGZ Dijk en Duin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coördinatie netwerk integrale aanpak depressiepreventie

Diabetes	<p><u>Regionaal</u> GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coördinatie netwerk diabetespreventie <p>Evean</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes wat nu?
Roken	<p><u>Regionaal</u> GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leskist Genotmiddelen - basis- en voortgezet onderwijs - Project 'Gezonde school en genotmiddelen' - basis- en voortgezet onderwijs (i.s.m. Brijder Verslavingszorg) - Programma 'De rookvrije school' - Lespakket 'Ik (r)ook niet' – basisonderwijs - Lespakket 'No Way' – voortgezet onderwijs - Lespakket 'Be Free' – voortgezet onderwijs - Actie FF niet: een niet-rokenwedstrijd voor vriendengroepen <p>Brijder Verslavingszorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actie Tegengif (onderwijs) - Project 'Gezonde school en genotmiddelen' – basis- en voortgezet onderwijs (i.s.m. GGD Zaanstreek-Waterland) <p><u>Lokaal</u> Brijder Verslavingszorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kroegtijgers en damlopers (Zaanstad) (i.s.m. GGD Zaanstreek-Waterland)
Binnenmilieu	<p><u>Regionaal</u> GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Binnenmilieu-metingen - Project 'Binnenmilieu op scholen' <p><u>Lokaal</u> GGD Zaanstreek-Waterland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deelname aan 'TELI-project 'Energieservice aan huis Zaanstreek'

BIJLAGE 7: Bijeenkomst 'Regionaal Gezondheidsbeleid Zaanstreek-Waterland 2008-2011'

Samenvatting

Avondvoorzitter Bart Zwagemaker, directeur communicatieadviesbureau Fylingdale, heet de aanwezigen welkom. De negen gemeenten in de regio en GGD Zaanstreek-Waterland hebben deze bijeenkomst georganiseerd om gezamenlijk te discussiëren over de vraag waarover het regionale gezondheidsbeleid van Zaanstreek-Waterland de komende vier jaar zou moeten gaan. Het doel is om met elkaar prioriteiten te stellen en overeenstemming te bereiken over de onderwerpen die in de nieuwe nota regionaal gezondheidsbeleid extra aandacht verdienen.

Corrie Noom, portefeuillehouder volksgezondheid van de gemeente Zaanstad en voorzitter van het Algemeen Bestuur van GGD Zaanstreek-Waterland, bevestigt dit doel en nodigt de aanwezigen uit om van zich te laten horen! Dit is het moment om mee te praten en duidelijk te maken waar de wensen liggen.

De prioriteiten voor het regionale gezondheidsbeleid die deze avond worden benoemd worden na afloop van de bijeenkomst op regionaal niveau uitgewerkt. De gemeenten werken daarnaast ieder voor zich aan een eigen, gemeentespecifiek, deel. Het is de bedoeling om aan het eind van 2007 de nota (met daarin zowel het regionale als het gemeentespecifieke deel) aan de individuele gemeenteraden aan te bieden.

Presentaties

Achtergrondschets nota gezondheidsbeleid 2008-2011

Door M. Peppelenbos (GGD Zaanstreek-Waterland)

Openbare gezondheidszorg

Deze presentatie schetst het kader voor de nota. We begeven ons op het terrein van de openbare gezondheidszorg, welke onder andere is gericht op de zogenaamde collectieve preventie. Collectief omdat het voor de gehele bevolking geldt en preventie omdat we door het uitvoeren van de openbare gezondheidszorg willen voorkomen dat mensen ziek worden. Het doel van de openbare gezondheidszorg is dan ook het beschermen, bewaken en bevorderen van de volksgezondheid, oftewel: van de gezondheid van het volk als geheel. Gezondheid is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Uit verschillende onderzoeken en uit de praktijk blijkt zelfs dat bepaalde groepen mensen specifieke gezondheidsrisico's hebben en mede daardoor extra kwetsbaar zijn om ziek te worden. Voor deze mensen heeft de openbare gezondheidszorg extra aandacht.

De openbare gezondheidszorg vult de reguliere, individugerichte zorg aan. De gezondheidszorg die we allemaal wel kennen: behandelingen in het ziekenhuis om mensen te genezen van een ziekte (wordt ook wel 'cure' genoemd), of verzorging van personen op het moment dat hun gezondheid al is geschaad (de zogenaamde 'care'). Een aantal voorbeelden van de openbare gezondheidszorg: de onderzoeken van de schoolarts binnen de jeugdgezondheidszorg, voorlichting aan kinderen over de gevaren van alcohol, allerlei (overheids)maatregelen om de gezondheid van de burgers te bevorderen en het verbeteren van het binnenmilieu. Kortom: een heel breed terrein!

Gezondheid

Wanneer je aan mensen vraagt: 'Wat vindt u het belangrijkste in het leven?', zullen deze mensen 9 van de 10 keer zeggen: Mijn gezondheid. Een goede gezondheid is voor de meesten van ons het grootste goed. Maar wat is nu eigenlijk gezondheid? Het antwoord hierop is niet duidelijk, omdat gezondheid voor elk individu verschillend is. Iemand met een chronische ziekte kan zeggen zich gezond te voelen, terwijl een ander veel klaagt zonder dat daar medische redenen aan ten grondslag liggen.

Mensen die zeggen dat ze gezond zijn voelen zich over het algemeen beter, zijn minder vaak ziek en werken meer en langer. Ze kunnen dus beter meedoen in de maatschappij! Dit is dus het streven van de openbare gezondheidszorg: het behalen van gezondheidswinst zodat de burger en de samenleving daarmee geholpen zijn.

Er zijn veel verschillende definities van het begrip gezondheid. De oudste en nog steeds meest gebruikte is die van de World Health Organisation (WHO) uit 1948:

'Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity'.

Gezondheid is dus meer dan het ontbreken van ziekte.

Factoren die de gezondheid beïnvloeden

Wat mensen wel of niet als gezond ervaren is van veel verschillende factoren afhankelijk. Dit zei in 1974 ook een voormalig Canadese minister van Volksgezondheid, de heer Lalonde. Volgens hem wordt de gezondheid beïnvloed door vier factoren:

1. De omgeving (fysiek en sociaal). Fysiek: de natuur om je heen, de woning waarin je leeft, het land waarin je opgroeit. Sociaal: de mensen om je heen, vrienden, kennissen, familie, de mate van contact met anderen.
2. Leefstijl. De manier van leven. Heb je gezonde leefgewoontes of niet? Rook je? Drink je veel alcohol? In grootmoeders tijd zou men zeggen: 'Het enige dat een mens nodig heeft om gezond te blijven is rust, regelmaat en reinheid.'
3. Gezondheidszorg. Kun je naar de huisarts of het ziekenhuis wanneer dat nodig is? Zijn deze toegankelijk en goed bereikbaar?
4. Biologische factoren. Natuurlijk heb je niet alles in de hand en kun je dus niet alles voorkomen. Gezondheid heeft ook te maken met een stukje erfelijkheid. Hierop kan de gemeente geen invloed uitoefenen en hier zullen we het dan vanavond ook niet verder over hebben.

Lalonde laat met dit model zien dat gezondheid een breed begrip is en dat het daarom belangrijk is om goed af te stemmen met andere sectoren. Gezondheid gaat niet alleen de sector volksgezondheid aan. De gebieden Ruimtelijke Ordening en Milieu kunnen bijvoorbeeld in belangrijke mate bepalen of een mens in een gezonde omgeving kan wonen en leven.

Ook zegt Lalonde met dit model expliciet dat preventie belangrijk is. Een goede omgeving, zowel fysiek als sociaal en een gezonde leefstijl kunnen er in belangrijke mate voor zorgen dat de gezondheid van de mens zo optimaal mogelijk is.

Recht op gezondheid wettelijk vastgelegd

Het recht op gezondheid is in verschillende wetten vastgelegd.

- Al in 1815 in de Grondwet. Artikel 22 van deze Grondwet luidt: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'.
- De Wet collectieve preventie volksgezondheid maakt gemeenten in 1990 verantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg.
- Met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn gemeenten verantwoordelijk gemaakt voor de maatschappelijke ondersteuning van haar inwoners. Zoals velen van u wel weten is deze wet onlangs, per afgelopen 1 januari, ingevoerd.

Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

De *Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)* is de belangrijkste wet voor de openbare gezondheidszorg. In deze wet staat onder andere dat gemeenten elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid moeten vaststellen, de reden van deze bijeenkomst. De Wcpv verplicht de gemeenten verder om de volgende taken uit te voeren: het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking (epidemiologie), het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (beleidsadvisering), het opzetten en uitvoeren van preventieprogramma's (gezondheidsbevordering), het bevorderen van medisch milieukundige zorg, het bevorderen van technische hygiënezorg en het bieden van psychosociale hulp bij rampen. De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is sinds 1 januari 2007 bij de *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)* ondergebracht.

Naast als deze taken schrijft de Wcpv ook voor dat gemeenten een GGD in stand moeten houden. Daarmee is de GGD een onderdeel van de gemeentelijke organisatie. Veel van de hiervoor genoemde taken hebben de gemeenten bij de GGD neergelegd.

Een paar voorbeelden van de verschillende wettelijke taken:

- Infectieziektebestrijding → de recente Tekencampagne (*preventie van de (gezondheidsrisico's van) tekenbeten*) om burgers te waarschuwen voor het gevaar van teken en de gevolgen van de ziekte van Lyme.
- Medische Milieukunde → de ongerustheid in Zaandam over de stankgolven vanuit het Westelijk Havengebied en de onrust rondom UMTS-masten.
- Technische Hygiënezorg → wijziging van de Warenwet per 1 juni 2007, waarmee wordt vastgelegd dat ondernemers die tatoeëren, piercen of permanente make-up aanbrengen zich vanaf die datum moeten houden aan de hygiënerichtlijnen die het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid heeft opgesteld.

Focus van het Ministerie van VWS

De Wcpv gaat dus over heel veel verschillende onderwerpen. Tijdens deze bijeenkomst hebben we het echter alleen over roken, alcohol, depressie (psychosociale problematiek), diabetes, overgewicht, opvoedingsondersteuning en binnenmilieu. Om gemeenten te sturen heeft het Ministerie van VWS in haar nieuwe preventienota *'Kiezen voor gezond leven'* aangegeven dat zij wil dat gemeenten in de komende vier jaar op de eerste vijf onderwerpen extra inzetten. Waarmee het ministerie natuurlijk niet zegt dat de gemeenten op de andere taken vanuit de Wcpv niets meer hoeven doen. De laatste twee onderwerpen zijn toegevoegd vanwege de resultaten van de Gezondheidsenquête 2005 van GGD Zaanstreek-Waterland.

De Rijksoverheid legt de laatste jaren meer nadruk op preventie, omdat de gezondheid van de Nederlanders onder druk staat door een toename van ongezond gedrag. Nederlanders eten in veel gevallen ongezond, bewegen te weinig, het aantal chronische aandoeningen nemen toe en het aantal kinderen en volwassenen met overgewicht stijgt zorgwekkend snel. Door een toename van preventieve activiteiten probeert de Rijksoverheid deze kentering terug te draaien en de volksgezondheid weer te optimaliseren.

Toelichting speerpunten

Verskillende pleitbezorgers pleiten ervoor om 'hun' speerpunt een plek in de nota te geven.

Roken	→ door J. Hoogervorst (Brijder Verslavingszorg)
Alcohol	→ door J. Hoogervorst (Brijder Verslavingszorg)
Depressie	→ door W. Gotink (GGZ Dijk en Duin)
Diabetes	→ door A. Weerstand (Diabetes Vereniging Nederland, Zaanstreek)
Overgewicht	→ door K. Noten (Fysiophysics)
Binnenmilieu	→ door B. Rozema (GGD Zaanstreek-Waterland)
Opvoedingsondersteuning	→ door N. Groothuismink (GGD Zaanstreek-Waterland)

Discussie

Na de pauze gaan we over de verschillende onderwerpen in discussie. Alvorens hiervan een samenvatting te geven, schetsen we hieronder eerst de uitkomsten van de 'prioriteiten-inventarisatie'. De aanwezigen konden aan het eind van de discussie op een formulier hun prioriteiten aangeven. Door de aanwezigen worden de volgende punten aan de verschillende onderwerpen toegekend:

Onderwerp	1	2	3	4	5	6	7	Totaal aantal toegekende punten	% toegekende punten op plaats 1, 2 of 3
<i>Opvoedingsondersteuning</i>	30	11	5	5	2	4	3	60	77
<i>Overgewicht</i>	13	16	18	6	4	1	0	59	80
<i>Alcohol</i>	11	16	17	9	4	2	1	60	73
<i>Depressie</i>	5	9	12	7	12	12	2	59	44
<i>Diabetes</i>	4	3	5	10	10	15	9	56	21
<i>Roken</i>	2	3	3	14	14	11	8	55	15
<i>Binnenmilieu</i>	1	3	3	2	9	8	30	56	13

Zoals in de tabel zichtbaar, is van elk onderwerp berekend welk percentage van het totaal aantal toegekende punten de 1^e, 2^e of 3^e prioriteit kreeg. De top drie van onderwerpen ziet er als volgt uit:

1. Overgewicht (80%)
2. Opvoedingsondersteuning (77%)
3. Alcohol (73%)

Per onderwerp zetten we de belangrijkste discussiepunten op een rij.

Prioriteit 1: Overgewicht

Overgewicht is als eerste prioriteit benoemd. Het probleem van overgewicht neemt sterk toe. Veel aanwezigen merkten op dat overgewicht niet als afzonderlijk probleem kan worden gezien en dat er samenhang moet zijn in de aanpak van overgewicht met onder andere depressie en diabetes. Genoemde relaties tussen deze problemen:

- Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van diabetes. Preventie van diabetes begint dus onder andere bij de aanpak van overgewicht.
- Mensen met overgewicht hebben vaak een laag zelfbeeld. Het hebben van een laag zelfbeeld is een risicofactor voor het krijgen van een depressie. Andersom kan een laag zelfbeeld er ook voor zorgen dat men meer gaat eten waardoor overgewicht ontstaat.
- Overgewicht hangt sterk samen met het ontstaan van hart- en vaatziekten, een hoge bloeddruk, etc.

Genoemde oplossingsrichtingen voor de aanpak van overgewicht:

- Stimuleer sport en bewegen. Richt de openbare ruimte zó in dat het uitnodigt tot bewegen en buiten zijn/spelen. School, wijk en sport zijn, naast de jeugdgezondheidszorg en curatieve zorg, belangrijke lokale settings om overgewicht aan te pakken.
- Stimuleer sport na school, overblijven met gezamenlijke schoolmaaltijden, jeugdverenigingen (scouting).
- Maak gezond eten 'hip' en zorg dat dat de norm wordt.
- Motto moet zijn: De gezonde keuze is de makkelijkste keuze.

Prioriteit 2: Opvoedingsondersteuning

Opvoedingsondersteuning verdient volgens de aanwezigen de tweede plaats in de top drie. Genoemde argumenten:

- Een goede opvoeding legt de basis voor de toekomst.
- Door een goede opvoeding voorkom je veel van de overige problemen. Problemen in de opvoeding hebben vaak te maken met onderliggende problemen als slechte huisvesting en geldgebrek.
- Steeds meer ouders hebben problemen met de opvoeding. Dit is nadelig voor de kinderen maar ook voor de maatschappij als geheel. Opvoedingsondersteuning is nodig om de gevolgen van de toenemende opvoedingsproblematiek te voorkomen.

Kanttekening bij het thema opvoedingsondersteuning: eigenlijk gaat het om opvoedingsproblemen en is opvoedingsondersteuning niet meer dan een middel (en dus een oplossingsrichting) om deze opvoedingsproblemen aan te pakken. Zoals het probleem nu in het rijtje staat is het eigenlijk een 'vreemde eend in de bijt'.

Genoemde oplossingsrichtingen voor opvoedingsproblemen:

- Leg nadruk op het verbeteren van de signalering. Vroegtijdig signaleren kan veel ellende voorkomen.
- Ga goed na waar de opvoedingsproblemen vandaan komen. Opvoedingsproblemen staan vaak niet op zichzelf.
- Ga niet alleen af op risicogezinnen maar richt je ook op de 'gewone' bevolking.
- Creëer voldoende sociale netwerken en plaatsen waar mensen elkaar kunnen ontmoeten voor het uitwisselen van ervaringen.
- Richt je zowel op de kinderen als op de ouders.
- Zorg ook voor opvoedingsondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking.

Prioriteit 3: Alcohol

Nummer drie: alcohol. Alcohol is na roken en hoge bloeddruk de belangrijkste oorzaak van ziekte en overlijden in Europa (volgens STAP). Overmatig drinken is één van de oorzaken van 60 verschillende ziekten. Bij de bespreking van het probleem alcohol wordt opgemerkt dat ook het overmatig gebruik

van drugs in toenemende mate problemen oplevert. Gepleit wordt daarom voor een gezamenlijke aanpak van overmatig alcohol- en drugsgebruik.

Genoemde oplossingsrichtingen voor de aanpak van overmatig alcoholgebruik:

- Richt je (ook) op volwassenen (50+)!
- Zoek naar de achterliggende oorzaken. Alcoholproblematiek staat vrijwel nooit op zichzelf (alleenstaand, financiële problemen, problemen in relationele sfeer). Goed instrument: vroegsignalering van achterliggende oorzaken van alcoholproblematiek.
- Ga op school en met leerlingen concrete acties bedenken en uitvoeren.
- Vervroeg de sluitingstijden van de horeca.
- Handhaven belangrijk! Je moet als gemeente veel meer plekken aanwijzen waar geen alcohol genuttigd mag worden.

Prioriteit 4: Depressie

Depressie veroorzaakt veel ziektelast. Steeds meer mensen leiden aan een depressie. In de praktijk blijkt dat depressie of psychosociale problematiek vaak gecombineerd voorkomt met opvoedingsproblematiek en verslaving aan alcohol en drugs. Gepleit wordt daarom om deze problemen gezamenlijk op te pakken.

Genoemde oplossingsrichtingen voor de aanpak van depressie:

- Richt je op alle leeftijdsgroepen. Depressie of psychosociale problematiek komt bij alle leeftijden voor.

Prioriteit 5: Diabetes

Meer bewegen en voorkomen van overgewicht was tijdens de bijeenkomst dé insteek om het krijgen van diabetes te voorkomen. Diabetes is een sterk toenemend probleem!

Genoemde oplossingsrichtingen om diabetes te voorkomen:

- Pak het probleem bij de oorzaak aan. Stimuleer sport en bewegen en het nuttigen van gezonde voeding.
- Voor de mensen die al diabetes hebben is het belangrijk om de ziektelast zoveel mogelijk te beperken (tertiaire preventie).
- Belangrijk speerpunt voor de doelgroep ouderen.

Prioriteit 6: Roken

Over roken is onder andere opgemerkt dat een rookvrije omgeving en een gezond binnenmilieu van essentieel belang is voor mensen met luchtwegklachten. Vaak genoemde argumenten om het onderwerp roken *niet* in de nota op te nemen is dat er landelijk al veel aandacht voor dit onderwerp is (bijvoorbeeld het voornemen van een rookvrije horeca). Maar: op het onderwerp roken is weinig gemeentelijk beleid voorhanden. Dit zou ervoor pleiten om dit onderwerp wél in de nota uit te werken.

Prioriteit 7: Binnenmilieu

Opgemerkt werd dat gemeenten vrij gemakkelijk iets kunnen doen om een goed binnenmilieu te bevorderen (en daarmee samenhangende gezondheidsproblemen te verminderen). Met het onderwerp binnenmilieu kun je als gemeente 'scoren', omdat het concreet meetbare resultaten kan opleveren.

Algemene opmerkingen

Uit de discussie en de formulieren kwamen verder een aantal algemene opmerkingen naar voren. Deze zullen bij het schrijven van de nota gezondheidsbeleid worden meegenomen.

- Kijk bij de keuze van onderwerpen goed naar de mogelijkheden voor gemeenten op dit onderwerp. Gemeenten hebben niet overal evenveel invloed op.
- Kijk goed naar de te verwachten resultaten en wees realistisch in wat je als gemeente kunt bereiken. Dit ook om grote teleurstellingen te voorkomen.
- Maak de algemene noemer: opvoed- en leefondersteuning. Daar kunnen alle problemen onder hangen.

- Kijk bij de aanpak van problematiek naar de oorzaken die daaraan ten grondslag liggen (bv alcoholgebruik en jongeren; als ze dit doen omdat ze zich vervelen dan moet ook naar dit probleem worden gekeken).
- Houd bij de bepaling van het beleid rekening met kwetsbare groepen, bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten. De aanpak en het aanbod moet voor hen worden aangepast om resultaten te kunnen boeken. Voorbeeld van een cursus (MEE): 'Natuurlijk een netwerk'.
- Richt je op jeugd. Preventie heeft dan het meest effect wanneer je het over de gehele levensduur van mensen bekijkt.
- Maar: vergeet de volwassen bevolking niet! Opvoedingsondersteuning belangrijk voor de jeugd en hun ouders, maar ook bij volwassenen valt nog genoeg (gezondheids)winst te behalen. Met name door het terugdringen van overgewicht en het overmatig gebruik van alcohol (en roken). Een gezonde leefstijl moet dé invalshoek van de nota zijn.
- Werk zoveel mogelijk wijkgericht (bijvoorbeeld beweegprogramma's op wijkniveau) → stimuleert mensen om deel te nemen.
- Zoek de burger op in de wijken! Bijvoorbeeld door het organiseren van informatieavonden (in samenwerking met bestaande buurt- en wijknetwerken). Een suggestie om mensen te bereiken is om dit bijvoorbeeld te doen via de Sociale Dienst, UWV, etc.
- Zoek zoveel mogelijk samenwerking met andere beleidsterreinen. Dit levert de meeste winst op.
- Verandering van leefstijl en gedrag is de sleutel tot gezondheidsverbetering.
- Niet gedragsverandering moet het doel zijn, maar het verbeteren van het zelfbeeld en de emotionele en sociale vaardigheid van mensen. 'Eigenlijk vormen het doorbreken van het sociale isolement en de bereikbaarheid van sociaal-emotionele ondersteuning en ontmoetingsplaatsen het speerpunt. Dit moet worden aangepakt door niet bedreigende ondersteuning, bijvoorbeeld met een programma als Home-Start.

Afsluiting

Mark-Jan Prins, portefeuillehouder volksgezondheid van de gemeente Landsmeer en lid van het Algemeen Bestuur van GGD Zaanstreek-Waterland, sluit de bijeenkomst af en herhaalt nog eens het belang van een goed gemeentelijk volksgezondheidsbeleid. Hij bedankt alle aanwezigen voor hun komst. De avond eindigt met een borrel en enkele (gezonde!) hapjes.

Aanwezigen

Van de volgende organisaties waren vertegenwoordigers aanwezig:

- Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO)
- Apotheek Molentocht, Purmerend
- Brijder Verslavingszorg
- Cliëntenbond KAM
- Club- en buurthuiswerk Volendam
- Diabetes Vereniging Nederland (DVN), afdeling Zaanstreek
- Eevan Jeugdgezondheidszorg
- Eevan Zorg
- Fietsersbond, afdeling Edam-Volendam
- Gemeente Beemster
- Gemeente Edam-Volendam
- Gemeente Landsmeer
- Gemeente Oostzaan
- Gemeente Purmerend
- Gemeente Waterland
- Gemeente Wormerland
- Gemeente Zaanstad
- Gemeente Zeevang
- GGD Zaanstreek-Waterland
- GGZ Dijk en Duin
- Huisartsenvereniging Zaanstreek-Waterland
- Participatieraad Zaanstad (in oprichting)
- Moeders Informeren Moeders (MIM)/Home-Start
- MEE Amstel en Zaan
- Nederlandse Hoofdpijn Patiëntenvereniging Noord-Holland
- Odion
- Parkinson Patiëntenvereniging, regio Zaanstreek-Waterland
- RIBW
- ROADS
- SMD
- Sportservice Zaanstad
- Stichting Zorggroep Millennium
- Stichting Samenwerkingsverband Sociaal Medisch Centrum De Kolk, Oostzaan
- Turkse Ouderen Vereniging, Zaanstad
- Verloskundigenkring Zaanstreek-Waterland
- Waterland Ziekenhuis
- Wmo cliëntenraad Purmerend
- Zaans Medisch Centrum
- Zorgbelang Noord-Holland

BIJLAGE 8: Samenhang gezondheidsproblemen – Wmo

In onderstaande figuur wordt de relatie tussen de gezondheidsproblemen schematisch weergegeven. De meest met elkaar samenhangende problemen zijn samen genomen en het aanpakken van drugsgebruik is als onderwerp toegevoegd. De figuur schetst tevens het verband met de prestatievelden van de Wmo. Opgemerkt moet worden dat de weergegeven samenhang niet uitputtend is en dat er dus meer dwarsverbanden mogelijk zijn.

