

Nota
Lokaal gezondheidsbeleid
Gemeente Harenkarspel
2007-2011

Colofon

Titel

Nota Lokaal gezondheidsbeleid 2007-2011, regionaal gedeelte
Schagen, juni 2007

Deze nota is opgesteld door de ambtelijke werkgroep Lokaal Gezondheidsbeleid, in nauw overleg met het ambtenarenoverleg volksgezondheid Kop van Noord-Holland.

De werkgroep bestaat uit:

De heer J. Abbingh, gemeente Wieringen

Mevrouw M. Comajta, GGD Hollands Noorden (penvoerder)

Mevrouw J. Gielens, gemeente Anna Paulowna

De heer L. Hooghiemstra, gemeente Harenkarspel

De heer R. Prijs, gemeente Den Helder

Secretariële ondersteuning: mevrouw W. Adema, GGD Hollands Noorden

Daarnaast hebben de volgende medewerkers van de GGD een belangrijke bijdrage geleverd:

Mevrouw J.E. de Leeuw den Bouter, epidemioloog

Mevrouw C. Vreugdenhil, beleidsmedewerker gezondheidsbevordering

Mevrouw M. Huitinck, beleidsmedewerker gezondheidsbevordering

Voorwoord

Voor u ligt de tweede nota Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Harenkarspel. In tegenstelling tot de eerste nota, die qua opzet voornamelijk als naslagwerk fungeerde, is in deze nota voor een praktische insteek gekozen. Naast het geven van inzicht op het gebied van de openbare gezondheidszorg, zowel landelijk, regionaal als lokaal, is een tweetal concrete uitvoeringsprogramma's met bijbehorende actieplannen opgenomen als speerpunten van beleid voor de periode 2007 – 2011.

De nota is een regionaal produkt dat is opgesteld door een ambtelijke werkgroep Lokaal Gezondheidsbeleid, in nauw overleg met het ambtelijk overleg Volksgezondheid Kop van Noord-Holland.

Inhoudsopgave

Colofon	2
Voorwoord	3
Inhoudsopgave.....	4
Inleiding.....	6
1. Gezondheid, Gemeenten en Gezondheidsbeleid.....	7
1.1 Waarom gemeentelijk gezondheidsbeleid?	7
1.2 Gezondheid en gezondheidsbeleid.....	7
1.3 Verantwoordelijkheden gemeente	8
1.3.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)	8
1.3.2. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).....	10
1.3.2 Relatie tussen de Wcpv en de Wmo	10
2. Evaluatie beleid 2003-2007: nota nog teveel papieren tijger.....	11
2.1 Evaluatie IGZ	11
2.2 Procesevaluatie Kop van Noord-Holland	11
2.3 Evaluatie van het beleid van de gemeente Harenkarspel	11
3. De preventienota van VWS als kader voor het nieuwe beleid	13
3.1 Preventienota van de Rijksoverheid: Kiezen voor gezond leven	13
3.1.1 Bevorderen gezonde leefstijl als hoofdthema van beleid	13
3.1.2 Speerpunten en doelstellingen	13
3.1.3 Toetsing nieuw beleid.....	14
4. Demografische gegevens gemeenten Kop van Noord-Holland	15
4.1 Inleiding.....	15
5. Gezondheidstoestand algemeen, en toegespitst op de thema's van VWS	17
5.1 Inleiding.....	17
5.2 Algemeen.....	17
5.3 Roken: nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak	18
5.4 Overmatig alcoholgebruik: een groot probleem in de Kop van Noord-Holland.....	19
5.5 Overgewicht: een nationale plaag.....	20
5.6 Diabetes type 2	21
5.7 Depressie / psychische problemen.....	21
5.8 Conclusie	23
6. Ontwikkelingen binnen andere Wcpv-taken in de komende jaren	24
1. Signalering van ongewenste situaties	25
• het verzamelen, registreren en analyseren van gegevens;	25
• proactief onderzoek;	25
2. Beleidsadvisering	25
• beleidsadvies bij planontwikkeling;	25
• advisering ten behoeve van de uitvoering van beleid;.....	25
3. Beantwoording en behandeling van vragen, klachten en meldingen	25
4. Voorlichtingsactiviteiten ter preventie	25
5. Advisering over risico's bij milieu-incidenten.....	25

7. Keuze beleidsspeerpunten in de regio Kop van Noord-Holland.....	27
7.1 Prioritering en keuze beleidsspeerpunten	27
7.2 Overige speerpunten van VWS	29
De huidige activiteiten worden (beter) in beeld gebracht.	30
7.3 Speerpunt facetbeleid	30
8. Uitvoeringsprogramma's speerpunten:	32
Jeugd en alcohol en Psychische problemen.....	32
8.1 Jeugd en alcohol	32
8.2 Psychische problemen	36
9. Actieplannen	39
9.1 Actieplan Psychische problemen.....	39
9.2 Actieplan Jeugd en alcohol.....	40
Literatuur.....	42
Bijlagen.....	43
Bijlage 1 Model van Lalonde	43
Bijlage 2 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.....	44
Bijlage 3 Besluit Jeugdgezondheidszorg	47
Bijlage 4 Relevante wetgeving voor gemeentelijk gezondheidsbeleid.....	49
Bijlage 5 Taken van de GGD	51
Bijlage 6 Trends in de samenleving die de gezondheid beïnvloeden	54
Bijlage 7 Ontwikkelingen in de gezondheid(szorg).....	55
Bijlage 8 Indicatoren IGZ	57
Bijlage 9 Evaluatie Project Alcohol en Drugs Harenkarspel 2006/2007	60

Inleiding

Deze tweede nota lokaal gezondheidsbeleid kan gezien worden als een herijking van het in de eerste nota geformuleerde beleid. Daarnaast hebben zich in de tussenliggende tijd maatschappelijke ontwikkelingen voorgedaan die aanpassing van het beleid noodzakelijk maken.

De volgende trends in de samenleving vinden hun weerslag in het gezondheidsbeleid.

- dubbele vergrijzing en ontgroening;
- arbeidsparticipatie;
- immigratie;
- ontwikkeling van de informatiemaatschappij;
- verandering aard problematiek;
- sociaal isolement.

Daarnaast is de gezondheidszorg sterk in ontwikkeling. Ontwikkelingen die hun stempel drukken op de gezondheidszorg zijn onder andere:

- wijziging in het zorgstelsel en introductie van marktwerking;
- de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning;
- extramuralisering;
- verandering van gezondheidsonderwerpen;
- verschuiving van verantwoordelijkheden;
- een mogelijk tekort aan huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners.

In bijlage 6 en 7 zijn bovenstaande trends en ontwikkelingen nader uitgewerkt.

De preventienota van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) “Kiezen voor gezond leven” (oktober 2006) is richtinggevend voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De rijksprioriteiten geven sturing aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid die medio 2007 klaar moeten zijn. Het is de bedoeling dat het Rijk en de gemeenten nauw samenwerken om de doelstellingen die in de preventienota genoemd worden te bereiken. In deze nota zijn vijf speerpunten geformuleerd: roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie.

Om de beschikbare middelen en formatie zo efficiënt mogelijk in te zetten, hebben de gemeenten in de Kop van Noord-Holland gezamenlijk een basisnota opgesteld, waarin de vijf speerpunten die VWS in de preventienota noemt, zijn uitgewerkt. De speerpunten zijn uitgebreid aan de orde geweest in de conferentie op 15 januari 2007, waarbij zowel bestuurders als vertegenwoordigers van alle betrokken partijen aanwezig waren. De kennis en ervaringen die uitgewisseld werden op de conferentie hebben als input gediend voor deze nota.

Twee van de vijf genoemde speerpunten van VWS, Alcoholgebruik bij jongeren en Psychische problemen, verdienen/krijgen in het regionale en lokale gezondheidsbeleid de komende vier jaar extra aandacht, omdat de Kop van Noord-Holland hierin negatief afwijkt van het landelijke beeld. De GGD heeft hiervoor, in overleg met alle gemeenten in de Kop van Noord-Holland een vierjarenplan opgesteld. Deze uitvoeringsplannen zijn tevens vertaald in actieplannen (zie hoofdstuk 9).

.

1. Gezondheid, Gemeenten en Gezondheidsbeleid

1.1 Waarom gemeentelijk gezondheidsbeleid?

Gemeenten hebben voldoende redenen om een lokaal gezondheidsbeleid te voeren. Een gezonde en gelukkige bevolking vormt immers de basis voor een goed functionerende en productieve samenleving. Gezonde mensen kunnen beter meedoen aan de maatschappij en hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg dient dus duidelijk een maatschappelijk belang.

Daarnaast zijn gemeenten vanuit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) ook verplicht elke vier jaar een gezondheidsbeleid op te stellen en dit in een nota vast te leggen.

Gezondheid, gezondheidsrisico's en gezondheidsproblemen zijn ongelijk verdeeld over de bevolking. Door middel van lokaal gezondheidsbeleid kan gestimuleerd worden dat iedereen voldoende mogelijkheden krijgt gezond te leven en toegang krijgt tot goede (preventieve) gezondheidszorg. Het doel van het gemeentelijke gezondheidsbeleid is dan ook: behoud en/of verbetering van de volksgezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen.

1.2 Gezondheid en gezondheidsbeleid

De World Health Organisation (WHO) definieert gezondheid als: *een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden*. Deze definitie wordt ook in de voorliggende nota gehanteerd.

De gezondheid van mensen wordt beïnvloed door de volgende factoren (Lalonde, 1974, zie ook bijlage 1):

1. **Omgevingsfactoren: de fysieke en sociale omgeving:** wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten.
2. **Leefstijlfactoren:** het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).
3. **Gezondheidszorg:** de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.
4. **Biologische en erfelijke factoren:** de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte.

Gemeenten kunnen hun beleid richten op de eerste drie factoren: de fysieke en sociale omgeving en de leefstijl van mensen en de toegankelijkheid van het zorgaanbod.

Een integrale aanpak van gezondheidsproblemen is het meest effectief. Om gezond gedrag te bevorderen, is het bijvoorbeeld logisch een omgeving te creëren die gezonde keuzen mogelijk maakt/uitlokt. Dan gaat het niet alleen om school, maar ook thuis, op de sportclub en op het werk.

Integrale aanpak

Om een effectief gezondheidsbeleid te ontwikkelen en uit te voeren is het nodig dat actoren op alle beleidsterreinen van de samenleving - zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer - zich betrokken voelen bij de openbare gezondheidszorg. Door middel van

facetbeleid kan de gemeente vanuit deze beleidsterreinen invloed uitoefenen op de volksgezondheid.

Openbare gezondheidszorg beperkt zich niet tot de keten van de zorginstellingen of tot de afdeling volksgezondheid van een gemeente, maar is per definitie integraal.

Gemeentelijke sturingsinstrumenten

De gemeente heeft, als regisseur, de volgende instrumenten tot haar beschikking om te sturen binnen het lokaal gezondheidsbeleid:

- **Communicatie:** het geven van voorlichting, opstarten en in stand houden van netwerken, het faciliteren van overleggen en het stimuleren van verantwoordelijke partijen;
- **Economische instrumenten:** het verstrekken of onthouden van subsidies en het opleggen van heffingen;
- **Juridische instrumenten:** regelgeving en handhaving van bestaande wetgeving.

1.3 Verantwoordelijkheden gemeente

De wetten die de basis vormen voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid met betrekking tot de gezondheid van de burgers zijn: de Grondwet, de Gemeentewet, de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zowel de Grondwet als de Gemeentewet schrijven geen concrete taken of activiteiten voor. Het betreft daar een autonome gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van regelgeving (het maken van verordeningen). We kunnen hier dan ook spreken van wetten die bevoegdheid geven. De Wet collectieve preventie volksgezondheid en de Wet maatschappelijke ondersteuning verplichten gemeenten tot een verantwoordelijkheid op het uitvoerende vlak. Hier is sprake van wetten die verplichten.

1.3.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

De Wcpv (zie bijlage 2) heeft tot doel de gezondheid van de bevolking te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De wet verplicht gemeenten vierjaarlijks een gezondheidsbeleid te ontwikkelen en dit vast te leggen in een nota.

Taken die in de Wcpv worden genoemd zijn:

- **Epidemiologie:** Het verzamelen en analyseren van gegevens omtrent de gezondheidssituatie van de bevolking;
- **Gezondheidsbevordering:** het uitvoeren van preventieprogramma's, bijvoorbeeld gericht op gedragsverandering;
- **Infectieziektebestrijding:** het doen van onderzoek, bron- en contactopsporing en het nemen van preventieve maatregelen;
- **Medische milieukunde:** onderzoeken, adviseren en signaleren op het terrein van milieu en gezondheid, bijvoorbeeld asbest, geluidshinder, binnenmilieu;
- **Zorg voor 0-19 jarigen¹:** (Jeugdgezondheidszorg): o.a. monitoren en signaleren, adviseren, geven van gezondheidsvoorlichting, vaccineren;

¹ De 0-4-jarigenzorg is in de regio Kop van Noord-Holland uitbesteed aan de stichtingen Corbis Plus en Evean. De jeugdgezondheidszorg voor 4-19-jarigen ligt bij de GGD Hollands Noorden

- **Openbare geestelijke gezondheidszorg**²: het geven van beleidsadviezen en het uitvoeren van preventieve en curatieve zorg, als vangnet voor kwetsbare groepen in de samenleving;
- **Technische hygiënezorg**: uitvoeren van technische hygiënezorg in bijvoorbeeld kindercentra, bij tatoeage- en piercingstudio's, grote evenementen en seks- en relaxhuizen;
- **Bevolkingsonderzoeken**: het coördineren van screeningen borstkanker en baarmoederhalskanker;
- **Het bewaken van gezondheidsaspecten**: in bestuurlijke beslissingen op andere beleidsterreinen, zoals ruimtelijke ordening, huisvesting, verkeer, sociale zekerheid.
- **Het bevorderen van afstemming**: tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

Voor de uitvoering van de in de wet genoemde taken houdt de gemeente een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand (Wcpv, artikel 5:1, zie bijlage 2). Dit maakt de GGD tevens de belangrijkste partner binnen het lokaal gezondheidsbeleid.

Van de Wcpv-taken die de GGD uitvoert, zijn de meeste min of meer centraal (vanuit de Rijksoverheid) geregeld. De taken waar de gemeente meer regie over heeft, zijn: het maatwerkdeel binnen de Jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde, beleidsadvisering, (deels) epidemiologie en gezondheidsbevordering.

Openbare gezondheidszorg (OGZ) en collectieve preventie

De termen collectieve preventie en openbare gezondheidszorg worden vaak door elkaar gebruikt (tegenwoordig vindt de term “publieke gezondheidszorg” meer opgang). Karakteristiek voor de openbare gezondheidszorg is dat er eerder sprake is van een maatschappelijke dan van een individuele hulpvraag. Bij openbare gezondheidszorg gaat het om zorg voor de gezondheid van de samenleving als geheel, van risicogroepen en van mensen die tussen de wal en het schip vallen.

Collectieve preventie kan zich richten op allerlei verschillende aspecten van het leven, van onderzoeken door de jeugdarts tot voorlichting over het tegengaan van overgewicht, van de uitvoering van anti-pestprogramma's in het onderwijs tot depressiepreventie via e-health, van verslavingspreventie tot reizigersvaccinatie en van valpreventie bij ouderen tot het tegengaan van vochtige woningen of het bieden van een vangnet voor de meest kwetsbaren.

Voor het bereiken van de doelen van de collectieve preventie is het nodig dat alle beleidsterreinen van de samenleving zich betrokken voelen. Deze raken namelijk aan allerlei andere gemeentelijke beleidsterreinen zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer. Beslissingen die op deze terreinen worden genomen, beïnvloeden de openbare gezondheidszorg. De openbare gezondheidszorg begeeft zich hierdoor ook buiten de keten van de gezondheidszorginstellingen.

Daarnaast omvat de OGZ ook activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg (via regie, informatie en indicatie), en het optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen.

² de OGGZ valt vanaf 1 januari 2007 onder de Wmo, maar de Wcpv is nog niet aangepast op dit punt;

1.3.2. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wet maatschappelijke ondersteuning (1 januari 2007) maakt gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning in brede zin. Het doel is participatie van álle burgers aan alle facetten van de samenleving, zo mogelijk met behulp van familie, vrienden of bekenden. Aan kwetsbare groepen, zoals ouderen en mensen met een beperking moet extra aandacht worden besteed.

Wmo omschrijft ‘maatschappelijke ondersteuning’ in negen prestatievelden.

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en 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 van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.

1.3.2 Relatie tussen de Wcpv en de Wmo

De relatie tussen de beide wetten kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar functionerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. De Wcpv begeeft zich met name op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft als doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De Wmo richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie en heeft als doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal, als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij beter mogelijk. Gezondheid in brede zin speelt dus een belangrijke rol bij de Wmo.

Belang van preventie

De relatie tussen de Wcpv en de Wmo geeft tevens inzicht in het belang van preventie. Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt. Veel (gezondheids) winst is te behalen wanneer men problemen voorkomt of anders zo vroeg mogelijk in het (ziekte)proces ingrijpt.

Om te zorgen dat mensen kunnen (blijven) participeren in de maatschappij is het van belang voldoende te investeren in (collectief) preventief beleid dat voorafgaat aan behandeling, verzorging en welzijnsactiviteiten).

2. Evaluatie beleid 2003-2007: nota nog teveel papieren tijger

2.1 Evaluatie IGZ

Na de wijziging van de Wcpv in 2003, moesten gemeenten vóór 1 juli van dat jaar hun eerste vierjaarlijkse lokale gezondheidsnota hebben vastgesteld. Een belangrijke reden voor de wijziging van de Wcpv was de constatering van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 1995 dat gemeentebesturen weinig prioriteit gaven aan hun wettelijke taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg.

In 2005 heeft de IGZ de situatie opnieuw tegen het licht gehouden in een steekproef van honderd gemeenten, waarin drie gemeentegrootte klassen representatief vertegenwoordigd waren.

De IGZ concludeert in dit onderzoek dat de openbare gezondheidszorg de afgelopen 10 jaar merkbaar is verbeterd. De bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten is toegenomen, er staat beleid op papier en er is meer aandacht voor uitvoering. De uitvoering is echter de *bottleneck*. Gemeenten:

- kennen de lokale gezondheidssituatie nog onvoldoende om de juiste prioriteiten te kunnen stellen; maatregelen sluiten daardoor niet aan op de problemen;
- kijken nog te weinig naar de uitvoering van voornemens in hun nota's;
- gebruiken beschikbare bewezen effectieve maatregelen nog onvoldoende;
- gebruiken nog te weinig eigen instrumenten om leefstijlveranderingen te ondersteunen;
- brengen nog te weinig samenhang in het lokale gezondheidsbeleid.

Voor een deel kunnen de problemen en het gebrek aan succes ook op landelijke knelpunten worden teruggevoerd. Er is namelijk te weinig regie en samenhang. Zo worden lokale organisaties overstelpt met preventieproducten, vindt er onvoldoende afstemming plaats tussen en is er onvoldoende kennis over goede praktijkvoorbeelden op lokaal niveau. Hier gaat het kabinet iets aan doen.

2.2 Procesevaluatie Kop van Noord-Holland

De bevindingen van de IGZ over de eerste cyclus gelden grosso modo ook voor de Kop van Noord-Holland. De GGD heeft gemeenteambtenaren in de regio gevraagd hoe zij aankijken tegen de eerste cyclus. Ook in de regio heeft het opstellen van de gezondheidsnota's geleid tot meer aandacht voor openbare gezondheid. Kanttekingen zijn dat bij de totstandkoming van het beleid burgers nog relatief weinig zijn betrokken, dat het beleid nog weinig integraal is en dat bij een aantal gemeentebesturen sinds het vaststellen van de nota de aandacht is weggeëbd. Het algemene beeld ten aanzien van de uitvoering is dat de resultaten zijn achtergebleven bij de voornemens. Dit ligt niet zozeer aan de inhoud van het beleid, maar aan het feit dat bij meer dan de helft van de gemeenten activiteitenplannen, financiering, formatie en evaluatie ontbreken.

2.3 Evaluatie van het beleid van de gemeente Harenkarspel

a. Nota Lokaal gezondheidsbeleid Harenkarspel 2003 - 2007

De eerste nota Lokaal gezondheidsbeleid Harenkarspel 2003 – 2007 is duidelijk het eerste produkt van een wettelijke plicht om tot vaststelling van een dergelijke nota te komen. De

nota is grotendeels inventariserend van aard met daarbij een beperkt aantal uitgewerkte aandachtspunten voor de periode 2003 – 2007. Van het voornemen om de resultaten uit de nota voor een periode van vier jaar te gebruiken om het beleid verder te ontwikkelen is weinig van terechtgekomen.

De conclusie is dat de uitvoering van de aandachtspunten zijn achtergebleven bij de voornemens. Zoals bij 2.2 staat vermeld is dit niet zozeer te wijten aan de inhoud van het beleid, maar meer aan het ontbreken van concrete activiteitenplannen, formatie en momenten van evaluatie.

De nieuwe nota Lokaal gezondheidsbeleid Harenkarspel 2007 – 2011 gaat uit van een nadere uitwerking van een tweetal speerpunten met uitvoeringsprogramma's met bijbehorende actieplannen. In deze plannen zijn tevens de momenten van evaluatie benoemd. Daarnaast is voor een periode van twee jaar extra formatie beschikbaar voor implementatie van de beleidsvoornemens.

b. Quickscan Harenkarspel

In 2005 heeft Brijder Verslavingszorg in opdracht van de gemeente een Quickscan “Jongeren, genotmiddelen en preventie” uitgevoerd.

Naar aanleiding van deze quickscan heeft de Brijder de volgende aanbevelingen gedaan:

- a. Organiseer preventieactiviteiten over de schadelijke gevolgen van binge drinken op korte en lange termijn, groepsdruk en weerbaarheid;
- b. Richt alcohol preventie activiteiten niet alleen op jongeren maar ook op opvoeders. Verken hierbij betere mogelijkheden om ouders te bereiken, waarbij informatie op een laagdrempelige en veilige manier wordt overgedragen;
- c. Richt alcohol- en drugspreventie op de jonge jeugd, voordat zij beginnen te experimenteren met alcohol of cannabis;
- d. Handhaaf de regels van de Drank- en Horecawet wat betreft het schenken van alcohol onder de leeftijdsgrens.

Uw college heeft deze uitgangspunten overgenomen. Het rapport is voorts in de Commissie Maatschappelijke Zaken van 5 september 2006 gepresenteerd.

Kort na de presentatie in de Commissie Maatschappelijke Zaken is een start gemaakt met het voorbereiden van de nieuwe nota lokaalgezondheidsbeleid 2007-2011 in regionaal verband. Duidelijk was dat alcohol een van de speerpunten in deze nota zou worden. Aangezien het aannemelijk was dat een aantal van de aanbevelingen in meer of mindere mate terug zouden komen in de “regionale aanpak” van het lokaal gezondheidsbeleid 2007 – 2011 is bij het oppakken van deze aanbevelingen even een pas op de plaats gemaakt. Zoals u verder in de nota zult lezen komt de uitvoeringsregie van de regionale speerpunten bij de GGD te liggen. De GGD zorgt voor de inhoudelijke samenhang tussen de diverse programma's, stuurt acties aan en monitort de voortgang van de regionale uitvoeringsprogramma's.

c. Project Alcohol en Drugs Harenkarspel

In 2006/2007 heeft het “project Alcohol en Drugs Harenkarspel” in de gemeente plaatsgevonden (zie ook bijlage 9). Deelnemende partijen waren: basisscholen Harenkarspel, Ouderraden Harenkarspel, Stichting Flore, Rotary Harenkarspel, gemeente Harenkarspel, Jongerenwerk Kern8, Jongerenraad Young Voice, politie, en de Brijderstichting. Voor dit project heeft de gemeente een gemeentelijke bijdrage beschikbaar gesteld van € 1.250,--.

Een nadere evaluatie over de voortzetting van dit project moet nog plaatsvinden, maar lijkt gelet op de positieve signalen aannemelijk. Mede naar aanleiding van dit project gaan we met de directies uit het basisonderwijs bespreken op welke wijze dit onderwerp structureel aandacht binnen de school kan krijgen. Om te komen tot een samenhangend beleid richting het basisonderwijs betrekken wij het project “Alcohol, een ander verhaal” (activiteit: GGD/Brijder, zie ook 8.1) eveneens bij dit overleg.

3. De preventienota van VWS als kader voor het nieuwe beleid

3.1 Preventienota van de Rijksoverheid: Kiezen voor gezond leven

De preventienota van het ministerie van VWS “Kiezen voor gezond leven” (oktober 2006) is kaderstellend voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid van 2007-2010. De Rijksprioriteiten geven tevens richting aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid die medio 2007 klaar moeten zijn. Het is de bedoeling dat het Rijk en de gemeenten nauw samenwerken om de doelstellingen die in de preventienota genoemd worden te bereiken.

In de nota wordt geconcludeerd, dat de gezondheid van Nederland niet langer toeneemt, maar stagneert. De gezondheidsachterstanden, met name van mensen uit de lagere sociaal economische klassen, zijn hardnekkig. Uitgangspunt van de nota is dan ook, naast langer gezond leven voor iedereen, verkleining van het verschil in achterstand bij mensen met een lagere sociaal economische status.

3.1.1 Bevorderen gezonde leefstijl als hoofdthema van beleid

Hoofdthema van de preventienota is het bevorderen van een gezonde leefstijl, zodat mensen minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig hebben. Vermijdbare ongezonde leefgewoonten verhogen de ziektelast door bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes mellitus. Veroorzakers zijn roken, overmatig drinken, onvoldoende bewegen, te weinig groente en fruit, te veel vette, zoete of te zoute producten. De overheid ondersteunt de burger via wetgeving, voorlichting en prijsbeleid door gezonde producten meer beschikbaar te maken en door de inrichting van een leefomgeving die uitnodigt tot gezond gedrag, bijvoorbeeld meer bewegen. Samenwerking, zowel binnen als buiten de overheid, (landelijk en lokaal) en goede coördinatie tussen verschillende sectoren van de overheid (zoals milieu, veiligheid, arbeid, onderwijs) dragen hieraan bij.

3.1.2 Speerpunten en doelstellingen

Het Rijk kiest de volgende leefstijlfactoren en ziekten als speerpunt in haar preventienota. Aan deze speerpunten moeten gemeenten in hun lokale nota's in ieder geval aandacht besteden:

Leefstijlfactoren

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

Ziekten

- Diabetes mellitus
- Depressie

Met name vroegsignalering en goede ketenzorg leveren veel gezondheidswinst op bij deze ziekten. Depressie is één van de belangrijkste psychische stoornissen waar met preventie gezondheidswinst te boeken is.

Landelijke doelstellingen

Elk van de vijf speerpunten is van één of meer landelijke doelstellingen voorzien, waaraan gemeenten op hun beurt bijdragen in het lokale beleid.

- 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, en daarnaast minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% (nu) naar 7,5% in 2010;
- overgewicht: het percentage volwassenen met overgewicht mag niet stijgen (peiljaar 2005) en het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005);
- diabetes: het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2015 met niet meer dan 15% stijgen; daarbij heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties;
- depressie: meer personen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

3.1.3 Toetsing nieuw beleid

De IGZ zal de komende jaren toetsen of de doelstellingen van de landelijke preventienota 2007-2010 wel worden gerealiseerd. In het bijzonder zal de IGZ op de volgende aspecten letten:

- of de landelijke prioriteiten voldoende nagevolgd worden in de lokale nota's gezondheidsbeleid en of die ook uitgevoerd worden;
- of de uitvoering van preventieprogramma's effectief is;
- of integraal beleid binnen gemeenten zo wordt uitgevoerd, dat in de wijk, op school en bij sport effectieve preventie tot stand komt.

De IGZ zal niet alleen op de GGD'en, maar ook op gemeenten toezicht houden. Aan de hand van gegevens over de lokale gezondheidstoestand, bepaalt de IGZ of er gezondheidsproblemen zijn en of de betrokken gemeente(n) die problemen adequaat aanpakken met effectieve interventies. Dit vereist dat gemeenten de gezondheidstoestand in beeld moeten (laten) houden, duidelijk kunnen maken wat zij doen aan de gezondheidsproblemen, maatregelen inzetten die bewezen effectief zijn en de resultaten van hun beleid monitoren. De GGD kan hen hierbij ondersteunen.

Om het beleid te toetsen heeft de IGZ een set van indicatoren ontwikkeld (zie bijlage 8).

4. Demografische gegevens gemeenten Kop van Noord-Holland

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de gezondheidsopbouw en sociaal economische status van inwoners uit de regio.

Aantal inwoners per gemeente					
Gemeente	0-19 jaar	20-64 jaar	65-plussers	Totaal	% allochtonen
Anna Paulowna	3801	8600	1629	14.030	2.7
Harenkarspel	4301	9678	1776	15.755	1.8
Den Helder	13662	36753	8625	59.040	8.4
Niedorp	3189	7215	1374	11.778	2.1
Schagen	4358	11517	2910	18.785	5.7
Texel	3373	8267	2070	13.710	2.1
Wieringen	1998	5249	1437	8.684	1.9
Wieringermeer	3248	7548	1769	12.565	2.6
Zijpe	2852	7137	1571	11.560	1.8
Totaal KvnH					3.2

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, jan 2006

Sociaal economische status

De sociaal economische status heeft veel invloed op de gezondheidstoestand van mensen. Mensen met een lage sociaal economische status hebben een vier jaar kortere levensverwachting dan mensen met een hoge sociaal economische status, daarnaast leven ze 12 jaar langer in ongezondheid. De sociaal economische status wordt bepaald aan de hand van het opleidings- dan wel het inkomensniveau.

Opleidingsniveau

In de gezondheidsenquête van 2002 is gevraagd naar het opleidingsniveau van de werkende bevolking in de Kop van Noord-Holland. In onderstaande tabel is dit weergegeven.

	Geen opleiding of lager onderwijs	MAVO of LBO	HAVO, VWO of MBO	HBO of WO
Anna Paulowna	7,1	33,3	37,1	22,5
Den Helder	8	42,5	33,9	15,6
Harenkarspel	7,3	37,4	35,5	19,8
Niedorp	6	42,1	38	13,9
Schagen	3,2	39,1	34,5	23,2
Texel	8,3	45,4	30,9	15,4
Wieringen	7,1	43,6	36	13,2
Wieringermeer	8,2	42,5	36,3	13
Zijpe	6,6	44,7	32,1	16,6
Kop van Noord-Holland	7,1	41,2	34,6	17,0
Totaal Noord-Holland Noord	5,4	38,8	34,1	21,6

Bron: gezondheidsenquête 2002

Inkomen

In onderstaande tabel staat het gemiddeld besteedbaar inkomen per persoon weergegeven van de inwoners in de Kop van Noord-Holland.

Regionale Kerncijfers Nederland, 2003	
Gemiddeld besteedbaar inkomen per persoon (x 1.000 euro)	
Anna Paulowna	11.7
Den Helder	12.3
Harenkarspel	12.7
Niedorp	12.9
Schagen	13.1
Texel	11.6
Wieringen	13.0
Wieringermeer	11.8
Zijpe	12.2

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek

5. Gezondheidstoestand algemeen, en toegespitst op de thema's van VWS

5.1 Inleiding

De GGD heeft de afgelopen jaren de nodige onderzoeken verricht om inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de bevolking:

1. volwassenenenquête (2002): onderzoek naar de gezondheid van personen van 19-64 jarigen in de regio;
2. E-MOVO (2005/2006): onderzoek onder leerlingen van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs;

Onderzoeken die nu worden uitgevoerd of in de nabije toekomst zullen worden uitgevoerd:

3. ouderenenquête (eind 2006/2007): onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder;
4. enquête onder ouders van kinderen van 0-11 jaar (2007/2008);
5. volwassenenenquête 2007/2008 onder 19-64 jarigen.

De resultaten van de reeds uitgevoerde onderzoeken, inclusief aanbevelingen, zijn uitgebreid beschreven in afzonderlijke rapporten. Deze paragraaf geeft een dwarsdoorsnede van deze onderzoeken om duidelijk te maken in hoeverre het landelijke beeld overeenkomt met dat in de regio en om de grootste problemen op een rij te zetten. Voor de overzichtelijkheid is vooral aangesloten op de landelijke speerpunten, omdat juist met verbetering op die punten veel gezondheidswinst is te bereiken. De GGD heeft de situatie met betrekking tot depressie niet bij alle leeftijdsgroepen specifiek onderzocht. Daarom is dat thema breder genomen, namelijk psychische gezondheid.

5.2 Algemeen

In deze paragraaf wordt een globaal beeld geschetst van de gezondheidstoestand in de regio. Gegevens die betrekking hebben op de specifieke onderwerpen van VWS komen in de volgende paragraaf aan bod.

Ervaren gezondheid

Van de inwoners van de Kop van Noord-Holland vindt 23% zijn of haar gezondheid minder goed vergeleken met 19% in de rest van Nederland. Bij het toenemen van de leeftijd wordt het oordeel over de eigen gezondheid negatiever. Vrouwen oordelen iets negatiever dan mannen over hun eigen gezondheid.

Aandoeningen

Ruim de helft van de volwassenen heeft, in het afgelopen jaar één of meer aandoeningen die door een arts zijn vastgesteld. Vrouwen hebben vaker aandoeningen dan mannen. De meest voorkomende aandoeningen zijn: gespannenheid of stress (10%), rugaandoeningen of hernia (10%), hoge bloeddruk (8%), artrose (8%) en migraine of ernstige hoofdpijn (7%). Naarmate men ouder is, krijgt men meer last van aandoeningen. Mensen met een laag opleidingsniveau hebben beduidend vaker last van aandoeningen dan mensen met een hoog opleidingsniveau.

Eenzaamheid en psychisch welbevinden

Eenzaamheid komt voor bij 9% van de volwassen inwoners. Laag opgeleide volwassenen zijn vaker eenzaam dan hoger opgeleide volwassenen. Eén op de drie volwassenen in de Kop van Noord-Holland heeft psychische problemen. Jongvolwassenen (20-34 jaar) en vrouwen

hebben vaker psychische problemen dan gemiddeld. Mensen met alleen lager onderwijs voelen zich somberder dan mensen die hoger zijn opgeleid (lagere opleiding: 16%, middelbare opleiding: 7% en hogere opleiding: 8%).

Ongevallen

Bijna één op de twaalf volwassenen (8%) is in de drie maanden voorafgaand aan de gezondheidsenquête medisch behandeld als gevolg van een ongeval. Sterfte aan ongevallen ligt met name voor vrouwen hoger dan in Nederland (bron: Sterfte in NH). Van alle ongevallen is 47% een privé-ongeval, 27% een sportongeval, 20% een arbeidsongeval, 4% een verkeersongeval en 2% een ongeval als gevolg van een andere oorzaak of van meerdere oorzaken.

In de volgende paragrafen worden onderzoeksgegevens uit de regio gepresenteerd die betrekking hebben op de genoemde vijf speerpunten van VWS.

5.3 Roken: nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak

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

Zowel in de Kop van Noord-Holland als landelijk rookten in 2002 gemiddeld 33% van de personen van 20-64 jaar. Dat is inmiddels wat gedaald. Uit onderzoek onder tweede en vierde klassen van het voortgezet onderwijs blijkt dat 9,9 % van deze jongeren regelmatig rookt. Dit is meer dan het landelijk gemiddelde. In de leeftijdscategorie 20-34 jaar rookt 38%, van de 35-49-jarigen rookt 34% en in de leeftijdscategorie 50-64 jaar rookt 29%. Het verschil in rookgedrag tussen hoog opgeleiden (hbo/wo) en laagopgeleiden (vmbo) is groot: van laagopgeleiden rookt ruim 38%, ten opzichte van 26% van de hoogopgeleiden.

Volwassenen bevolking (20-64 jaar)	
Afgelopen 4 weken	Roken %
Anna Paulowna	28
Den Helder	38.4
Harenkarspel	25.4
Niedorp	27.5
Schagen	28.3
Texel	29.4
Wieringen	38.7
Wieringermeer	37.1
Zijpe	33.1
Landelijk	33

Bron: Gezondheidsenquête GGD 2002

Jeugd 12-19 jaar		
	Roken ooit %	Roken dagelijks
Anna Paulowna	21.3	10.2
Den Helder	24.6	10.8
Harenkarspel	24.6	8.4
Niedorp	24.6	11.1
Schagen	26.2	13.6
Texel	20.7	6.7
Wieringen	23.1	15.4
Wieringermeer	14.9	6.9
Zijpe	24.0	6.3
Landelijk	-	9.5

Bron: E-MOVO 2005, jeugd 12-19 jaar

5.4 Overmatig alcoholgebruik: een groot probleem in de Kop van Noord-Holland

Gewenning aan drank begint vaak op jonge leeftijd. Uit landelijk onderzoek blijkt dat jongeren gemiddeld steeds meer en op steeds jongere leeftijd alcohol gebruiken (12 jaar). Nederlandse jongeren drinken het meest frequent van alle Europese jongeren en drinken per avond erg veel. Dat is een hele slechte ontwikkeling, daar alcoholgebruik tijdens de adolescentie, als de hersenen nog groeien, hersenbeschadiging tot gevolg kan hebben. Bovendien kunnen jongeren die nu veel drinken de probleemdrinkers van de toekomst worden met schadelijke gevolgen voor de eigen gezondheid maar ook voor de omgeving. Teveel alcohol drinken heeft niet alleen schadelijke gevolgen voor de gezondheid, maar hangt ook samen met agressie, criminaliteit en verkeersongevallen. Ongeveer 70% van het uitgaansgeweld en 25% van de verkeersongevallen gebeuren onder invloed van alcoholgebruik. Jaarlijks overlijden in Nederland minstens 800 personen direct als gevolg van overmatig alcoholgebruik; hiervan komt 60% voor rekening van leverziekten. De aanpak van schadelijk alcoholgebruik levert gezondheidswinst op en zorgt voor minder ongevallen, overlast en psychische aandoeningen. 10% Minder alcoholconsumptie leidt tot 20% minder doden door alcohol en 5% minder fatale ongelukken.

Van de volwassen inwoners in de Kop van Noord-Holland is 16% een zware alcoholgebruiker. Dat wil zeggen dat op minstens één dag per week zes of meer glazen alcohol worden gedronken. Landelijk ligt dit percentage op 10,8%). 6% Is een excessieve alcoholgebruiker (minstens 5 dagen per week 4 glazen of meer). Het percentage zware drinkers neemt af met de leeftijd. Onder hoogopgeleiden komt minder zwaar alcoholgebruik voor dan onder laagopgeleiden.

Volwassenen 20-64		
	Alcohol-gebruik %	Zware drinker %
Anna Paulowna	83.3	14.9
Den Helder	88.2	14.8
Harenkarspel	90.2	18.2
Niedorp	87.7	15.9
Schagen	88,0	15.6
Texel	86.5	15.3
Wieringen	84.5	23.2
Wieringermeer	83.4	12.2
Zijpe	88.3	19.1
Landelijk	81.4	10.8

Bron: Gezondheidsenquête GGD 2002 (20-64 jaar)

Jeugd 12 -19		
Gebruik	Alcohol ooit %	Alcohol afgelopen maand
Anna Paulowna	80.9	71.3
Den Helder	67.7	56.6
Harenkarspel	78.5	75.4
Niedorp	88.1	77.0
Schagen	77.7	70.9
Texel	77.9	69.0
Wieringen	73.8	63.1
Wieringermeer	70.5	62.1
Zijpe	79.2	75.0
Landelijk	-	57,0

Bron: E-MOVO 2005, jeugd 12-19 jaar

Jeugd

Nederlandse jongeren zijn de afgelopen jaren steeds meer, vaker en op jongere leeftijd gaan drinken. Op 12-jarige leeftijd heeft bijna 75% van de leerlingen ervaring met alcohol. In de laatste tien jaar is het (regelmatig) alcoholgebruik in de leeftijdsgroep 12-14 jarigen verdubbeld van 24% naar 47%. In de Kop van Noord-Holland heeft driekwart van de scholieren uit de tweede en vierde klassen van het voortgezet onderwijs wel eens alcohol gebruikt. **69% Drinkt regelmatig alcohol ten opzichte van 57% landelijk.** Het meest wordt gedronken door de jongens uit klas 4: 44% drinkt op een weekenddag meer dan 5 glazen per keer.

De houding van de ouders blijkt sterk gerelateerd te zijn aan het alcoholgebruik van de jongeren. Ouders doen er vaak nogal gemakkelijk over. Ze kennen de schadelijke effecten meestal niet. Ook weten zij niet goed hoe zij met het alcoholgebruik van hun kinderen moeten omgaan. Verbieden lijkt niet goed te passen in de huidige opvoedingsstijl.

5.5 Overgewicht: een nationale plaag

Overgewicht is een steeds grotere plaag voor de Nederlandse bevolking. Eén op de vijf kinderen in Nederland heeft overgewicht. Ook het aantal volwassenen met overgewicht is de afgelopen 20 jaar in Nederland explosief gestegen. Overgewicht komt vaker voor bij mensen met een lagere sociaal economische status (laag inkomen, goedkopere huisvesting en achterstand in gezondheid). Mensen met overgewicht lopen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat, zij kunnen ook psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken. Mensen met obesitas (ernstig overgewicht) leven minder lang en vooral in slechtere gezondheid. Zij hebben vaker last van verschillende vormen van kanker en van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (artrose) en de ademhalingsorganen. Bij vrouwen met ernstig overgewicht komen ook menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor.

In de Kop van Noord-Holland komt overgewicht voor bij 33% van de volwassen inwoners. Daarnaast lijdt 10% aan obesitas (ernstig overgewicht). Deze cijfers komen overeen met de landelijke cijfers. Meer mannen dan vrouwen in de Kop van Noord-Holland hebben (ernstig) overgewicht, namelijk 49% van de mannen tegenover 39% van de vrouwen. Overgewicht komt vaker voor bij oudere volwassenen (58%) dan bij jongvolwassenen (30%). Ook hebben inwoners met een laag opleidingsniveau vaker overgewicht dan inwoners met een hoog opleidingsniveau.

Volwassenen in de Kop van Noord-Holland		
	Overgewicht %	Ernstig overgewicht
Anna Paulowna	35.1	9.4
Den Helder	31.8	14.1
Harenkarspel	31.7	7.1
Niedorp	35.1	8.0
Schagen	34.3	7.2
Texel	32.6	13.2
Wieringen	34.6	10.8
Wieringermeer	40.3	11.8
Zijpe	31.8	8.7
Landelijk	44.9	10.7

Bron: Gezondheidsenquête GGD 2002

Jeugd

Landelijk heeft 13% van de kinderen 0-19 jaar overgewicht. In de Kop van Noord-Holland komt dat neer op 9 %. Dit blijkt uit de registratiegegevens van de jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen. Van de jeugd tot 4 jaar zijn onvoldoende registratiecijfers bekend.

5.6 Diabetes type 2

Diabetes mellitus is een ernstige chronische ziekte die zonder passende leefstijl en goede behandeling tot vele complicaties kan leiden, waaronder hart- en vaatziekten.

De voorspelling is dat het aantal mensen met diabetes mellitus in Nederland tussen 2005 en 2025 met een derde toe zal nemen. Dat heeft vooral te maken met een explosieve toename van diabetes type 2 (de zogenaamde ouderdomsdiabetes). Diabetes 2 neemt epidemische vormen aan en kan binnen 15 jaar één op de 20 Nederlanders treffen. Zorgwekkend is dat de ziekte zich op steeds jongere leeftijd openbaart. Een belangrijke oorzaak is het toenemende overgewicht bij de jeugd. Naar schatting hebben al 250.000 mensen de ziekte zonder het te weten. Zij hebben hierdoor meer kans op complicaties.

Samenwerking met hulpverleners en instellingen die een rol spelen bij de signalering en behandeling van diabetes is van belang, in combinatie met overheidsmaatregelen.

De voornaamste doelgroepen zijn kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot 20 jaar en hoog risicogroepen, zoals volwassenen in de leeftijd van 45 tot 70 jaar met overgewicht. Specifieke aandachtsgroepen zijn mensen met een lage sociaal economische status en mensen van allochtone afkomst (Turken, Marokkanen en Hindoestanen). Het komt dan ook vaker voor in grote steden. Preventie kan echter de kans op diabetes mellitus verminderen en complicaties voorkomen. Er is al veel bekend over de mogelijkheden om (verergering van) de ziekte te voorkomen.

Cijfers

In Nederland heeft bijna 3% van de bevolking, ruim 500.000 mensen, Diabetes Mellitus ofwel suikerziekte. Volgens recente cijfers gaat het bij 1.9% om diabetes type 2. Daarnaast zijn er veel mensen met “onbekende diabetes”, bij wie de ziekte nog niet is gediagnosticeerd.

De GGD heeft geen gegevens verzameld over het vóórkomen van diabetes mellitus onder leerlingen van basisscholen en voortgezet onderwijs in de Kop van Noord-Holland. Onder volwassenen ligt het diabetes percentage in de Kop op 2,3% van de bevolking. Het is niet bekend hoeveel hiervan diabetes type 2 heeft, maar dit zal waarschijnlijk niet boven het landelijk gemiddelde liggen. Cijfers per gemeente zijn niet bekend.

5.7 Depressie / psychische problemen

Depressie vermindert de kwaliteit van leven sterk. De Wereldgezondheidsorganisatie zet depressie bij vrouwen van 15 tot 40 jaar op de eerste plaats van de veroorzakers van de grootste ziektelasten, bij mannen op de tweede plaats. Per jaar leiden 737.000 volwassenen aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. Mensen die depressief zijn hebben een duidelijke verminderde algemene interesse voor een langere periode. Veelal gaat het gepaard met klachten als slaapstoornissen, concentratieproblemen moeheid en lusteloosheid. Ook gaat depressie vaak samen met angststoornissen en veroorzaakt in 27% van de gevallen alcoholmisbruik. Omgekeerd leidt alcoholmisbruik in 59% van de gevallen tot een depressie.

Veel mensen zijn depressief, maar lang niet iedereen wordt goed geholpen. Slechts ongeveer 1 % van het aantal mensen in Nederland die jaarlijks voor het eerst een depressie krijgen, ontvangt preventieve zorg. Preventie kan veel persoonlijk leed en maatschappelijke kosten

besparen. Verbeteren van de psychische gezondheid en terugdringen van psychische ongezondheid zijn noodzakelijk om problemen zoals depressie in de toekomst te voorkomen. Belangrijke maatregelen om psychische problemen in een vroeg stadium te voorkomen zijn, naast het vergroten van de weerbaarheid/sociale vaardigheid, bijvoorbeeld de ondersteuning van mantelzorgers en het bieden van opvoedingsondersteuning.

Uit landelijk onderzoek (Nemesis) blijkt dat 41% van de volwassen bevolking (18-64 jaar) een of meer keer een psychische stoornis heeft gehad. Hierbij gaat het meestal om angststoornissen, stemmingsstoornissen en problemen met verslavende middelen. Uit hetzelfde onderzoek (onder een normale populatie) blijkt dat 22% van de mannen en 27% van de vrouwen psychische problemen heeft, ofwel 23,5 % van de volwassen Nederlanders.

In de Kop van Noord-Holland ligt dit percentage fors hoger (28%) Het gaat dan om 25% van de mannen en 32% van de vrouwen. In de groep 50-64 jarigen komen de minste psychische problemen voor, namelijk 22%. Van de groep 20-34 jarigen heeft 36% psychische problemen en van de groep 35-49 jarigen heeft 28% psychische problemen.

Volwassenen 20-64	
Gemeente	Psych. problemen %
Anna Paulowna	31
Den Helder	28
Harenkarspel	25
Niedorp	29
Schagen	31
Texel	30
Wieringen	31
Wieringermeer	28
Zijpe	26
Landelijk	23,5

Bron: Nemesis

Onderverdeling psychische stoornissen (landelijk) 20-64 jaar		
Soort psychische stoornis	Ooit	Afgelopen 12 maanden
Stemmingsstoornis	19,0	7,6
Angststoornis	19,3	12,4
Alcoholmisbruik/ Afhankelijkheid	17,2	8,2
Drugsmisbruik/ Afhankelijkheid	3,1	1,3
Schizofrenie	0,4	0,2
Eetstoornis	0,7	0,4
Een of meer psychische stoornissen	41,2	23,5

Bron: Gezondheidsenquête GGD, 2002

Jeugd 12-19	
Gemeente	Psych. problemen %
Anna Paulowna	25
Den Helder	14
Harenkarspel	17
Niedorp	16
Schagen	22
Texel	16
Wieringen	21
Wieringermeer	23
Zijpe	16,5
Landelijk	16,5

Bron: EMOVO 2005, 12-19 jarigen

5.8 Conclusie

Ten aanzien van de vijf landelijke speerpunten kan de volgende conclusie getrokken worden:

- **Roken**

Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van vermijdbare ziekte en vroegtijdige sterfte. Het leidt tot longkanker, astma en andere longaandoeningen, coronaire hartziekten en beroerte. Van de groep 20-64 jaar in de Kop van Noord-Holland jaar rookt ruim 30%, dit komt overeen met het landelijke gemiddelde. Bij jongeren ligt het gemiddelde *iets hoger dan het landelijke cijfer*. 9,9 % t.o.v. landelijk 9 %. Ten opzichte van hoogopgeleiden, is het percentage laagopgeleiden hoger.

- **Overmatig alcoholgebruik**

Leidt tot verslaving, lichamelijke en psychische schade voor de betrokkene zelf en bovendien tot verkeersongevallen, overlast en criminaliteit. Alcoholgebruik tijdens de adolescentie, als de hersenen nog groeien, kan blijvende hersenbeschadiging tot gevolg hebben. Van de volwassen inwoners in de Kop is 16% een zware alcoholgebruiker, *ruim 6% boven het landelijke gemiddelde*. Ronduit zorgwekkend is het gebruik onder de jeugd van 12-18 jaar. De jeugd gaat op steeds jongere leeftijd steeds meer drinken. De Kop van Noord-Holland wijkt voor de jeugd (12-19-jarigen) in zijn geheel *negatief af van de rest van Nederland met een percentage van 69% ten opzichte van 57% landelijk*, en dat terwijl het landelijk percentage al heel hoog is.

- **Overgewicht**

Mensen met overgewicht lopen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat, maar ook op psychische problemen. In de Kop van Noord-Holland komt overgewicht voor bij 33% van de volwassen inwoners. Dit is ongeveer gelijk aan het landelijke gemiddelde. Voor jongeren ligt de Kop *onder het landelijk gemiddelde*. Landelijk heeft 13% van de kinderen 0-19 jaar overgewicht. In de Kop van Noord-Holland komt dat neer op 9 %. Dit blijkt uit de registratiegegevens van de jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen. Van de jeugd tot 4 jaar zijn onvoldoende registratiecijfers bekend.

- **Diabetes mellitus type 2**

Diabetes mellitus is een ernstige chronische ziekte die zonder passende leefstijl en goede behandeling tot vele complicaties kan leiden, waaronder hart- en vaatziekten.

Diabetes mellitus type 2 hangt vaak samen met overgewicht en kan binnen 15 jaar een op de 20 Nederlanders treffen. In de Kop van Noord-Holland ligt het Diabetes percentage op 2,3% van de bevolking. Hiervan heeft ongeveer 3150 (= 1, 9 %) diabetes type 2. De Kop van Noord-Holland ligt dus *onder het landelijk gemiddelde*.

- **Psychische problemen (depressie)**

Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. In de Kop van Noord-Holland ligt dit percentage op 25% van de mannen en 32% van de vrouwen. Van de groep 20-34 jarigen heeft 36% psychische problemen en van de groep 35-49 jarigen heeft 28% psychische problemen. Ook de jeugd van 12-18 jaar wijkt negatief af ten opzichte van het landelijke cijfer. (in de Kop 19%, ten opzichte van landelijk 16 %). *Zowel voor jeugdigen als voor volwassenen ligt dit percentage dus (fors boven het landelijk gemiddelde)*.

6. Ontwikkelingen binnen andere Wcpv-taken in de komende jaren

In deze paragraaf wordt alleen ingegaan op nieuwe ontwikkelingen binnen de Wcpv-taken. Er wordt niet ingegaan op de structurele invulling van de diverse Wcpv-taken door de GGD. Informatie hierover ontvangen gemeenten via het beleidsplan, de programma- en productbegroting en het jaarverslag van de GGD.

Kwaliteitsbeleid

Om de kwaliteit van de Wcpv-taken te verbeteren is landelijk het programma 'Beter Voorkomen' van VWS (en GGD Nederland) ingezet. Dit bestaat uit verschillende onderdelen, waaronder: HKZ-certificering van de Wcpv-basistaken, ontwikkeling JGZ-benchmark, verbetering GGD-benchmark en versterking van de regierol van gemeenten.

Het kwaliteitsbeleid, met name het project om te komen tot certificering volgens het model van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, zal de komende jaren veel tijd en aandacht opeisen van de medewerkers van de GGD. Na de fusie van de drie GGD'en in Noord-Holland Noord is dit een belangrijk speerpunt voor de komende jaren.

Jeugdgezondheidszorg

Onderstaande ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg zullen de komende jaren in het regionale en lokale gezondheidsbeleid belangrijke aandachtspunten worden.

Invoering elektronisch kinddossier

Ieder kind dat in Nederland wordt geboren krijgt een elektronisch kinddossier (EKD). De invoering hiervan start op 1 januari 2008 en moet een jaar later zijn afgerond. De artsen en verpleegkundigen van de jeugdgezondheidszorg gaan het EKD bijhouden. Verschillende instanties kunnen signalen aan het dossier toevoegen, zonder dat ze het dossier kunnen inzien. De privacy van het kind wordt zo bewaakt en de jeugdgezondheidszorg heeft sneller inzicht in problemen en kan sneller hulp inzetten.

De GGD volgt bij de invoering het landelijke beleid. Gemeenten en de GGD moeten in het komende jaar een aantal belangrijke besluiten nemen rond de invoering van het EKD, onder andere hoe om te gaan met de papieren dossiers van kinderen die eerder geboren zijn (volledig of gedeeltelijk omzetten). De GGD zal de gemeenten hiervan regelmatig op de hoogte houden.

Ontwikkeling Centra voor jeugd en gezin

Gemeenten hebben de opdracht de taken rond opgroeien en opvoeden die onder hun verantwoordelijkheid vallen vanuit de Wcpv en de Wmo zo te organiseren dat deze gebundeld aan het kind en de ouders worden aangeboden in een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Ook dit zal de komende jaren zijn beslag krijgen en veel van gemeenten en andere betrokken partijen vragen.

De invoering van het elektronisch kinddossier en de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin zorgen ervoor dat ieder kind in beeld is en er in een zo vroeg mogelijk stadium hulp ingezet kan worden, indien nodig. Door deze ontwikkelingen wordt de centrale rol van de JGZ binnen de jeugdzorg/het jeugdbeleid aanzienlijk versterkt, waardoor de gemeentelijke regiefunctie wordt verbeterd.

Digitale publieksinformatie

De GGD heeft, als onafhankelijke gemeentelijke dienst, een centrale rol in de regionale publieksinformatie. De vorige cyclus lokaal gezondheidsbeleid hebben de gemeenten in de

Kop van Noord-Holland en de GGD zich ingespannen de digitale gezondheidsinformatie in de regio te structureren. Ook is geïnvesteerd in de opzet van een betrouwbare regionale sociale kaart: de Zorgwijzer en zijn, samen met de fusiepartners, de eerste stappen gezet voor de ontwikkeling van een overkoepelende site (Gezond NHN). Deze portal zal de komende jaren, nu de GGD gefuseerd is, meer vorm gaan krijgen.

De site bevat straks diverse onderdelen, die gericht zijn op gezondheid, welzijn en wonen. De site is dus zowel voor de Wcpv-taken als de Wmo-taken van de gemeenten van belang.

In de komende beleidsperiode worden deze initiatieven verder ontwikkeld. Dit krijgt onder andere vorm in de wmo-webwinkel.

Medische Milieukunde (MMK)

De volgende taken behoren tot de Medisch Milieukundige taak van gemeenten/de GGD:

1. Signalering van ongewenste situaties
 - het verzamelen, registreren en analyseren van gegevens;
 - proactief onderzoek;
2. Beleidsadvisering
 - beleidsadvies bij planontwikkeling;
 - advisering ten behoeve van de uitvoering van beleid;
3. Beantwoording en behandeling van vragen, klachten en meldingen
4. Voorlichtingsactiviteiten ter preventie
5. Advisering over risico's bij milieu-incidenten
 - algemene advisering over risico's (reguliere GGD-taak);
 - advisering over risico's bij rampen of bij de dreiging van rampen (ondersteuning hulpverleningsdiensten en gemeenten). Overlap met de taak van de GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen)

Op dit moment werkt de MMK in de regio voornamelijk reactief. Vanuit preventief oogpunt is op lokaal beleidsniveau meer structurele aandacht voor de relatie tussen gezondheid en milieu wenselijk.

In de Wcpv staat de volgende opdracht voor gemeenten en GGD:

De gemeente heeft de taak gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen te bewaken (Wcpv, artikel 2b). In artikel 5 wordt vervolgens gewezen op de GGD:

Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vragen burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Deze opdracht uit de Wcpv wordt tot op heden niet naar behoren uitgevoerd. Door de opdracht te formaliseren binnen de gemeentelijke organisatie, middels een door het bestuur vastgestelde richtlijn, kan deze taak meer structureel worden uitgevoerd.

Dit onderwerp is daarom als speerpunt in deze nota lokaal gezondheidsbeleid benoemd (zie hoofdstuk 7).

Hoewel bovenstaande opdracht ten aanzien van facetbeleid in de Wcpv breder is, en gezondheidsaspecten op alle terreinen inhoudt, kan hierdoor ook de preventieve kant van de MMK meteen beter worden ingevuld.

OGGZ in de Wmo

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) omvat alle activiteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, die worden uitgevoerd niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de regie van OGGZ-activiteiten op lokaal niveau en de beschikbaarheid van een OGGZ-basisaanbod. Een minimumpakket voor OGGZ op regionaal niveau bestaat uit de onderdelen: samenwerkingsverband (OGGZ-coördinatieorgaan), crisisopvang/acute zorg, bemoeizorg, dak- en thuislozenzorg, sociale kaart, rampenplan (psychosociale hulpverlening bij rampen), signalering en beleidsadvisering, consultatie tussen OGGZ partners onderling en preventie van psychische problemen bij niet nader omschreven doelgroepen.

Financiering van de OGGZ functie vindt onder andere plaats via het gemeentefonds. Vanaf 1 januari 2007 is de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) overgeheveld naar de Wmo. Het gaat dan vooral om de uitvoerings- en bevorderingstaken die eerder vanuit de AWBZ gefinancierd werden. Dit geeft de gemeenten meer mogelijkheden op deze taken te sturen. Gemeenten hadden al de regierol over de OGGZ vanuit de Wcpv. De beleids- en onderzoektaken blijven belegd bij de GGD. Het is de bedoeling dat de onderzoeksfunctie ten aanzien van de OGGZ-doelgroepen nog wordt uitgebreid.

7. Keuze beleidsspeerpunten in de regio Kop van Noord-Holland

7.1 Prioritering en keuze beleidsspeerpunten

De onderwerpen, die VWS als speerpunt heeft benoemd, zijn allemaal belangrijke problemen die ook in de Kop aandacht verdienen. Elke gemeente en elke regio heeft echter een eigen profiel waarop het beleid moet worden afgestemd. Ook kunnen gemeenten om budgettaire en praktische redenen niet op alle speerpunten van VWS even intensief inzetten.

Om voldoende effect te kunnen bereiken hebben de gemeenten in de Kop van Noord-Holland ervoor gekozen de beschikbare middelen en menskracht voor preventieve acties niet te versnipperen, maar deze te bundelen en het beleid gezamenlijk te richten op de meest urgente, gedeelde problemen in de regio, zodat met elkaar een verantwoorde meerjarenaanpak kan worden ingezet.

Als het om preventie gaat, kan immers beter gekozen worden voor een intensieve, integrale aanpak van twee of drie problemen, dan voor een aanpak waarbij ad hoc korte interventies worden ingezet die gericht zijn op een scala aan onderwerpen.

Gemeenten in de Kop van Noord-Holland hebben binnen de landelijke speerpunten een prioritering aangebracht voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid 2007-2011. Dit is gebeurd na een zorgvuldige analyse van de beschikbare gegevens.

De prioritering is aangebracht op grond van overwegingen:

- epidemiologische gegevens uit de Kop van Noord-Holland (t.o.v. landelijke gegevens): bij hoeveel mensen komt het probleem in de regio voor?
- de ernst van het probleem: de grootte van de gezondheidsschade, zowel voor de doelgroep als voor de omgeving;
- de gezondheidswinst en maatschappelijk winst die bereikt kunnen worden door beïnvloeding van het probleem door preventie voor de doelgroep/de verschillende doelgroepen;
- de mogelijkheden die de gemeenten hebben om het probleem te beïnvloeden: zijn er succesvol gebleken interventies beschikbaar om het gezondheidsprobleem aan te pakken? Hoe groot is de kans op succes/gezondheidswinst?
- de mogelijkheid door middel van preventieve activiteiten zowel Wcpv als Wmo-doelstellingen ten aanzien van het probleem te verwezenlijken en zo een koppeling te leggen tussen de beide nota's.

Deze analyse heeft ertoe geleid dat gemeenten in de Kop van Noord-Holland tot de volgende keuzen komen voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Aandachtspunten voor het regionale gezondheidsbeleid zijn alle speerpunten van VWS:

- roken;
- overgewicht;
- schadelijk alcoholgebruik;
- diabetes mellitus;
- psychische problemen/depressie.

Binnen deze speerpunten wordt op regionaal niveau echter voorrang gegeven aan de problemen waarin de regio afwijkt van het landelijk beeld:

- **Schadelijk alcoholgebruik, met name bij de jeugd;**
- **Psychische problemen, met name bij jongeren en hun ouders, mensen met lage SES, en ouderen.**

Deze thema's staan de komende vier jaar centraal in het gezamenlijk gedragen regionale gezondheidsbeleid, en, als gevolg hiervan, in het lokale gezondheidsbeleid van iedere afzonderlijke gemeente in de Kop van Noord-Holland.

Gezamenlijke aanpak

Het sleutelwoord is samenwerking: tussen gemeenten, maar ook met zorginstellingen, met bedrijven en andere partijen. De aanpak van de problemen dient effectief en efficiënt te zijn. Dat is zowel inhoudelijk als financieel een kritieke factor. Er is een brede, creatieve en slagvaardige coalitie nodig waarvan ook het bedrijfsleven deel uitmaakt. Kortom, verbetering van de gezondheidssituatie kan alleen bereikt worden als partijen de krachten bundelen, innovatief zijn en hun verantwoordelijkheid nemen.

De brede coalitie is ook noodzakelijk om een integrale aanpak van de grond te tillen. Structurele aandacht voor kansen en bedreigingen voor de gezondheid vanuit andere sectoren dan het volksgezondheidsbeleid kan winst opleveren, denk hierbij aan veiligheid, huisvesting en milieu. De gezamenlijke aanpak dient breed te zijn zodat maatregelen een elkaar versterkend effect hebben.

Het gaat daarbij ook om de inzet van verschillende instrumenten:

- juridische maatregelen, bijvoorbeeld de handhaving van de bestaande regels rond alcoholgebruik in de horeca, of aanscherping van de regels in sportkantines;
- economische maatregelen: het geven of onthouden van financiële prikkels;
- voorlichting en gezondheidsbevorderende activiteiten binnen verschillende settings als scholen, werk, buurthuizen, uitgaansgelegenheden;
- het stimuleren, onderhouden en faciliteren van netwerken en de versterking van (preventieve) zorgketens rond ziekten en leefstijlfactoren.

De inzet van meerdere instrumenten tegelijkertijd verhoogt de effectiviteit. Daarnaast vinden activiteiten in verschillende sectoren of settings plaats. Concreet betekent dit dat bijvoorbeeld alcoholvoorlichting niet alleen via het onderwijs, maar ook in het uitgaanscircuit, sportsector e.d. moet plaatsvinden. Voor iedere leefstijlfactor (bijvoorbeeld roken, alcohol en overgewicht) en doelgroep is een specifieke interventiemix nodig.

Regie bij individuele gemeente, uitvoeringsregie bij de GGD

De gemeente is de aangewezen partij om de samenwerking en samenhang te bewerkstelligen. Hier ligt de regie. Het blijft de wettelijke verantwoordelijkheid van ieder individueel gemeentebestuur om het beleid vast te stellen en te ondersteunen. Zowel om inhoudelijke redenen als om redenen van efficiency ligt regionale samenwerking echter voor de hand.

Uitvoeringsregie

De gemeenten in de Kop van Noord-Holland kiezen er daarom voor de uitvoeringsregie van de regionale speerpunten bij de GGD te leggen. De GGD zorgt voor de inhoudelijke samenhang tussen programma's, stuurt acties aan en monitort de voortgang van de regionale uitvoeringsprogramma's.

De gemeente Den Helder verzorgt als centrumgemeente de financiële kant van het uitvoeringsplan Jeugd en alcoholgebruik. Financiering van het uitvoeringsplan Psychische problemen loopt via de GGD.

Maatwerkdeel

De GGD en de thuiszorginstellingen in de regio kiezen ervoor een gedeelte van het maatwerkdeel van de JGZ de komende vier jaar voor de gekozen speerpunten in te zetten. Zij leggen dit in het contract van het maatwerkdeel JGZ vast met de gemeenten.

7.2 Overige speerpunten van VWS

Ten aanzien van de overige drie speerpunten van VWS wordt de volgende aanpak gehanteerd: Reguliere activiteiten worden zoveel mogelijk gecontinueerd en waar mogelijk geïntensiveerd. In de meerjarensenario's (zie de website GGD) staat vermeld welke interventies er in de regio plaatsvinden op deze terreinen.

- **Roken**

Er gebeurt al veel in de regio. Het huidige beleid wordt zoveel mogelijk gecontinueerd, daarnaast wordt aangehaakt bij landelijke campagnes of, waar mogelijk, aangehaakt bij het speerpunt alcoholmatiging.

Overzicht bestaande activiteiten jeugd en roken**Onderzoek door de GGD**

Er vindt in 2007 een onderzoek plaats door de GGD onder de 0-12 jarigen waarin vragen over roken zijn opgenomen.

Er vindt in 2009 een onderzoek plaats door de GGD naar onder andere onder jongeren in de 2^e en 4^e klas van het voortgezet onderwijs.

Themabijeenkomst over genotmiddelen door verschillende organisaties o.a. GGD, Brijder en politie over roken, alcohol en drugs. In de gemeenten Wieringermeer en Niedorp.

Setting sportclub/jongerenwerk

Uitvoering van het project "sport safe". Sportclubs worden gestimuleerd aandacht te besteden aan gezond en veilig sporten. Het opzetten van Smoke free teams is een onderdeel van het project waarbij extra aandacht wordt besteed aan niet-roken. Uitvoering door Sportservice in Wieringermeer, Den Helder en Zijpe.

Setting basisonderwijs

Verzorgen van ouderavonden genotmiddelen voor ouders/verzorgers van leerlingen in groep 7 en 8 door verschillende organisaties.

Uitlenen van lesmateriaal "de gezonde school en genotmiddelen" voor het basisonderwijs door de GGD.

Setting voortgezet onderwijs

Uitvoering van het programma "de gezonde school en genotmiddelen" op de scholen voor voortgezet onderwijs in de regio.

De jeugdverpleegkundige van de GGD vraagt alle kinderen en ouders tijdens het PGO in de tweede klas van het voortgezet onderwijs naar hun gedrag rond onder andere alcoholgebruik en geeft voorlichting.

Ondersteuning door de GGD van Actie tegengif, de klassikale niet-roken actie voor de 1^e en 2^e klas van het voortgezet onderwijs. scholen in Wieringermeer, Wieringen, Schagen en Den Helder hebben deelgenomen aan de actie.

- **Overgewicht**

Aandacht bij de onderzoeken door de jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen. In 2007 (en 2008) continueren maatwerkdeel project overgewicht. Continueren huidige activiteiten.

Overzicht bestaande activiteiten overgewicht
Onderzoek door de GGD
Er vindt in 2007 een onderzoek plaats door de GGD onder de 0-12 jarigen waarin vragen over voeding en beweging zijn opgenomen.
Er vindt in 2009 een onderzoek plaats door de GGD naar onder andere voeding en beweging onder jongeren in de 2 ^e en 4 ^e klas van het voortgezet onderwijs.
Setting voortgezet onderwijs
Uitvoeren van het project Real fit door Sportservice Schagen in samenwerking met diëtisten van Corps Plus in RSG Wiringherlant locatie Hippolytushoef en een school voor voortgezet onderwijs in Den Helder.
Uitvoering van het project de gezonde schoolkantine door de GGD op RSG Wiringherlant in Wieringerwerf, Clusiuscollege in Schagen en GSG Schagen.
Setting basisonderwijs
Uitvoeren van Sport extra plus op één basisschool in Anna Paulowna en twee basisscholen in Den Helder door Sportservice Schagen en Den Helder in samenwerking met diëtisten van Corbisplus.
Ouderavonden over voeding door diëtisten van de thuiszorg op verschillende basisscholen in de regio.
Uitlenen van lesmateriaal over voeding en beweging door de GGD voor de basisschool door verschillende scholen in alle gemeenten.
Setting wijk
Uitvoeren van activiteiten voor bewegings- en sportstimulering in alle gemeenten door Sportservice Den Helder en Schagen zowel op scholen als buiten school in buurten.

- **Diabetes**

Gemeenten en GGD zullen de afstemming en samenwerking tussen partijen stimuleren. De huidige activiteiten worden (beter) in beeld gebracht.

7.3 Speerpunt facetbeleid

Een belangrijke Wcpv-taak is: het *bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen* (Wcpv artikel 2b). Dat geldt voor alle beleidsterreinen. De uitvoering van deze taak ligt deels bij de gemeente, deels bij de GGD. Het is echter niet duidelijk hoe de gemeente en de GGD uitvoering geven aan deze taak. In de praktijk hangt het nu vaak af van personen, die in een besluitvormingstraject min of meer toevallig de link met volksgezondheid leggen.

Het is wel belangrijk dat deze taak wordt geborgd. Om de opdracht uit de Wcpv ten aanzien van de openbare gezondheidszorg goed te kunnen uitvoeren, moet er veel meer integraal gewerkt worden. Afstemming tussen de verschillende beleidssectoren komt echter niet vanzelf. Integraal werken, of facetbeleid voeren staat of valt met een structuur waarbinnen dit als vanzelf gebeurt. Gemeenten en GGD spelen daarin allebei een rol. Om te waarborgen dat deze taak structureel wordt opgepakt binnen de gemeente Harenkarspel, wordt het volgende kader vastgesteld.

- A In iedere beleidsnota die verschijnt, wordt vanaf 1 januari 2008 structureel een paragraaf opgenomen waarin is aangegeven welke consequenties het voorgestelde beleid heeft op de gezondheid van de inwoners. Aan de hand van een korte

vragenlijst/richtlijn kan de betrokken ambtenaar vaststellen wanneer het wenselijk is de GGD in te schakelen.

- B De GGD wordt structureel ingeschakeld in de (voor)ontwerpfase van bestemmings- en bouwplannen van wijken, publieke gebouwen, scholen en beslissingen op het gebied van infrastructuur.
- C De ambtenaar volksgezondheid organiseert binnen de gemeente een of meer bijeenkomsten voor ambtenaren van andere beleidsterreinen, zoals wonen, bouwen, milieu, planning, verkeer, veiligheid, rond een thema om de samenwerking en samenhang ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid te bevorderen. De GGD biedt hierbij, zonodig, ondersteuning. Een bredere aanpak binnen onze gemeentelijke organisatie over de andere beleidsterreinen ligt hierbij voor de hand.

Deze speerpunten staan de komende vier jaar centraal in het gezamenlijk gedragen regionale gezondheidsbeleid, en, als gevolg hiervan, in het lokale gezondheidsbeleid van iedere afzonderlijke gemeente in de Kop van Noord-Holland.

8. Uitvoeringsprogramma's speerpunten: Jeugd en alcohol en Psychische problemen

8.1 Jeugd en alcohol

Aanleiding

Het uitvoeringsprogramma preventie riskant alcoholgebruik bij jongeren is opgesteld naar aanleiding van het relatief hoge en veelvuldige alcoholgebruik (te jong, te vaak, te veel) door de jeugd. Dit blijkt uit landelijke cijfers, maar het werd in 2006 ook regionaal bevestigd door de E-MOVO gegevens. Alcoholgebruik, zeker voor jongeren onder de 16 jaar, brengt verschillende gezondheidsrisico's en maatschappelijke problemen met zich mee, zowel op korte als op lange termijn. Voorbeelden zijn verkeersongelukken, agressie, ongeplande zwangerschappen, vergrote kans op hersenschade en verhoogde kans op alcoholverslaving op latere leeftijd.

Om deze problemen meer gericht aan te pakken, worden de huidige preventieve activiteiten uitgebreid en geïntensiveerd middels dit uitvoeringsprogramma.
De huidige activiteiten staan vermeld in onderstaand schema.

Overzicht bestaande activiteiten jeugd en alcohol
Onderzoek door de GGD
Er vindt in 2007 een onderzoek plaats onder de 0-12 jarigen waarin vragen over alcoholgebruik zijn opgenomen.
Er vindt in 2009 een onderzoek plaats naar het alcoholgebruik onder jongeren in de 2 ^e en 4 ^e klas van het voortgezet onderwijs.
Setting basisonderwijs
Verzorgen van ouderavonden genotmiddelen voor ouders/verzorgers van leerlingen in groep 7 en 8 door verschillende organisaties.
Uitlenen van lesmateriaal "de gezonde school en genotmiddelen" voor het basisonderwijs door de GGD.
Setting voortgezet onderwijs
Uitvoering van het programma "de gezonde school en genotmiddelen" op de scholen voor voortgezet onderwijs in de regio.
De jeugdverpleegkundige van de GGD vraagt alle kinderen en ouders tijdens het PGO in de tweede klas van het voortgezet onderwijs naar hun gedrag rond onder andere alcoholgebruik en geeft voorlichting.
Setting sportclub/jongerenwerk
Uitvoering van het project "sport safe". Sportclubs worden gestimuleerd aandacht te besteden aan gezond en veilig sporten. En er is aandacht voor alcoholgebruik tijdens en na het sporten en hygiëne in de sportkantine. Uitvoering door sport service in Wieringermeer, Den Helder en Zijpe.
Instructie Verantwoord Alcoholgebruik: training voor niet commerciële horeca zoals jongerenwerk/sportkantines Brijder Verslavingszorg i.s.m. Sportservice. In verschillende gemeenten
Setting festivals/evenementen/horeca
Voorlichting door jongeren aan jongeren drugsinfoteam. Peerproject door Brijder Verslavingszorg in de gemeenten Schagen, Den Helder en Nieuw-Dirkshoop.
Uitvoeren analyse in het uitgaanscircuit en activiteiten op maat afhankelijk van het aantal uren en de grootte van de gemeenten.

Het uitvoeringsprogramma heeft als doel alcoholmatiging van jongeren integraal aan te pakken. Dit houdt in dat er in settings waar jongeren regelmatig zijn (thuis, school, sportvereniging, uitgaansgelegenheden) activiteiten plaatsvinden. Hierbij worden zowel jongeren als volwassenen (onder andere ouders, docenten, sportkantinemedewerkers, barmedewerkers, politieagenten, beleidsmedewerkers, wethouders/bestuurders) aangesproken op hun verantwoordelijkheid.

Brede aanpak, zowel regionaal als lokaal

De kracht van het project ligt in de brede aanpak. Ook de combinatie van regelgeving, handhaving en voorlichting is belangrijk voor een effectieve aanpak.

Naast de regionale uitvoering is het belangrijk dat gemeenten ook lokaal doelgericht activiteiten initiëren en/of ondersteunen. Alle gemeenten nemen dit regionale uitvoeringsprogramma daarom op in hun lokaal gezondheidsbeleid.

Doelstelling

De algemene doelstelling van het projectvoorstel jeugd en alcohol is alcoholmatiging onder jongeren te bevorderen waardoor de negatieve effecten van alcoholgebruik worden verminderd.

Om dat te bereiken werken verschillende organisaties samen zoals GGD en Brijder bij de uitvoering van een activiteitenplan. Ook de gemeenten hebben een belangrijke taak met name in de handhaving en regelgeving.

Ten aanzien van gemeentelijk beleid zijn onderstaande punten van belang:

- alle gemeenten stellen regionaal beleid op rond alcoholmatiging;
- de gemeenten sluiten een horecaconvenant af met horeca en politie;
- de politie voert scherper toezicht en extra controles uit en verhoogt haar aanwezigheid bij plekken waar overtredingen kunnen voorvallen;
- de gemeenten denken na over belonen van goed gedrag ten aanzien van maatregelen rondom schenken van alcohol;
- de gemeenten zorgen voor integrale interne afstemming binnen de gemeente;

Subdoelstellingen

- het aantal basisschoolleerlingen dat de laatste 4 weken alcohol heeft gedronken neemt af tot 44%, het niveau van 1992 volgens het peilstation (meting via onderzoek peilstation of eigen onderzoek);
- het aantal middelbare scholieren dat de afgelopen 4 weken bij één gelegenheid 5 of meer alcoholische drankjes heeft gedronken, is minder dan 8,9% (meting E-MOVO);
- de gemiddelde leeftijd waarop ouders het normaal vinden dat kinderen alcohol drinken is verhoogd t.o.v. 2007 (onderzoek GGD 0-12 jaar);
- in elke gemeente voeren alle scholen voor basis- en voortgezet onderwijs jaarlijks één van de projecten uit, die worden aangeboden ter bevordering van alcoholmatiging: totaal zijn er 100 basisscholen en 11 scholen voor voortgezet onderwijs. het betreft alle projecten die door de organisaties in de regio worden aangeboden;
- in elke gemeente neemt jaarlijks 5% van de personeelsleden uit de horeca deel aan een cursus rondom signaleren en omgaan met riskant alcohol- en drugsgebruik;
- in elke gemeente neemt jaarlijks 5% van de medewerkers van de niet-commerciële horeca deel aan een Instructie voor Verantwoord Alcoholgebruik.

Doelgroep(en)

- jongeren 10-18 jaar;
- ouders van kinderen van 10-18 jaar;
- intermediaire doelgroepen: beleidsmedewerkers en wethouders van diverse sectoren, scholen, verenigingen, eigenaren en/of personeel van horecagelegenheden, (sport)kantines en alcoholverkooppunten.

Activiteiten en producten

- organiseren van een expertmeeting (GGD) in 2007;
- ontwikkelen van schoolgezondheidsbeleid, met als onderdeel alcoholgebruik in basis- en voortgezet onderwijs (GGD);
- uitvoeren van het project alcohol, een ander verhaal (GGD/Brijder) voor groep 7 en 8 van de basisschool;
- uitvoering van het project Vroegtijdige Interventie op Scholen (VIS)(Brijder). Brijder Verslavingszorg is wekelijks vier uur op de school aanwezig met: advies en consultatie aan jongeren, ouders en docenten; deskundigheidsbevordering en ouderavonden. Het project wordt uitgevoerd op alle VMBO-scholen in de regio;
- promotie en uitvoering van het project ‘Onder invloed onderweg’ (GGD). Een project voor de bovenbouw van het voortgezet onderwijs;
- uitvoering van het project ‘Alcohol digitaal’ (Brijder)
Docententraining en gastles voor het voortgezet onderwijs;
- inzet van het Drugsinfoteam op festivals, evenementen en de horeca (Brijder);
- instructie Verantwoord Alcoholgebruik (Brijder).
Training voor medewerkers/vrijwilligers werkzaam in niet-commerciële horeca;
- instructie voor signaleren van en omgaan met riskant alcohol- en drugsgebruik (Brijder)
Instructie voor medewerkers in de horeca
- effectevaluatie (GGD)
Als nulmeting worden gegevens gebruikt van regulier onderzoek van de GGD zoals E-MOVO en het onderzoek onder kinderen van 0-12 jaar;
- Uitvoering van het project “alcohol en opvoeding”;
Voorlichting aan ouders over omgaan met alcoholgebruik van hun kinderen. Voorlichting wordt gegeven als onderdeel van de cursus “omgaan met pubers” en tijdens verpleegkundige spreekuren in het voortgezet onderwijs.

Deelnemers

GGD (projectleider), Brijder Verslavingszorg, Gemeenten, Politie, Trimbos, horeca, bedrijven en andere actoren die zich bezighouden met alcoholgebruik.

De samenwerking wordt geformaliseerd in een projectstructuur.

Tijdpad

Het project loopt van 2007–2011.

Evaluatie

Jaarlijks wordt de voortgang geëvalueerd, knelpunten onderkend, en waar nodig bijgestuurd. De resultaten worden teruggekoppeld aan de relevante portefeuillehouderoverleggen. In 2011 worden de resultaten geëvalueerd.

Financiën

De GGD en Brijder Verslavingszorg voeren een aantal activiteiten uit die horen bij het reguliere aanbod zoals epidemiologisch onderzoek, voorlichting op scholen over

genotmiddelen en de projecten “de gezonde school en genotmiddelen” en “alcohol en opvoeding”.

In onderstaand schema zijn alleen de kosten voor de extra activiteiten opgenomen. Deze komen voor rekening van de gemeenten:

Extra activiteiten GGD t.b.v. project jeugd en alcohol	Kosten
50 uur coördinatie à € 80,00 (overige uren voor coördinatie zijn reguliere uren van de GGD)	€ 4000,00
Expertmeeting + vervolg 10 uur à € 80,00	€ 800,00
Ontwikkeling schoolgezondheidsbeleid	Nog niet bekend
Alcohol, een ander verhaal*	
- Materiaalkosten	€ 200,00
- 6 uur verpleegkundige à € 55,00	€ 330,00
Onder invloed onderweg voor 3 locaties	
- Inzet van 2 uur verpleegkundige per locatie à € 55,00 betekent per jaar	€ 330,00
- Materiaalkosten per locatie à € 40,00 betekent per jaar	€ 120,00
Effectevaluatie	Pm
Totaal per jaar GGD	€ 5.780,00
Extra activiteiten Brijder Verslavingszorg	
Inzet op verschillende VMBO scholen 4 uur per week, gemiddeld 720 uur per jaar x € 58,81 (=uurprijs medewerker)	€ 42.343,20
Inzet Drugs Infoteam tijdens evenementen / schoolfeesten Totaal 150 uur per jaar x 58,81	€ 8.821,50,
Totaal per jaar Brijder	€ 51.164,70
Kosten totale project per jaar	
GGD	€ 5.780,00
Brijder	€ 51.164,70
Totaal	€ 57.000,00

* In 2007 en 2008 wordt dit project bekostigd uit maatwerkgelden.

De kosten worden omgeslagen per gemeente op basis van het aantal jongeren van 12-18 jaar. Het gaat totaal om 12680 jongeren.

Kosten per jaar		
Gemeenten	Kosten (%)	Kosten (€)
Anna Paulowna	9	5130
Harenkarspel	9	5130
Den Helder	34	19380
Niedorp	8	4560
Schagen	11	6270
Texel	9	5130
Wieringen	5	2850
Wieringermeer	8	4560
Zijpe	7	3990
Totaal	100	57000

(De prijzen worden jaarlijks herzien op basis van het prijsindexcijfer)

8.2 Psychische problemen

Aanleiding

Aanleiding voor dit projectplan is dat de psychische problemen in de Kop van Noord-Holland hoger liggen dan landelijk. Bovendien komt de problematiek in de gehele bevolking voor. Op het terrein van de psychische gezondheid is ook de GGZ actief. De financiering van preventieactiviteiten van de GGZ verandert. Een deel hiervan kan onderdeel worden van de WMO, terwijl de geïndiceerde preventie met name AWBZ-gefinancierd is. Het GGD-advies gaat vooral in op de universele en selectieve preventie.

Doelstelling

De algemene doelstelling van het uitvoeringsplan is het verbeteren van de psychische gezondheid en het terugdringen van psychische ongezondheid.

Subdoelstellingen

- het vergroten van het bereik van preventieve interventies gericht op het verbeteren van de psychische gezondheid;
- het verbeteren en versterken van de preventiestructuur;
- vroegsignalering van risicogroepen vergroten;
- taboedoorbreking, d.m.v. publieksinformatie;
- het vergroten van het inzicht in de problematiek en in het bereik en de effectiviteit van interventies.

Doelgroepen

- kinderen van ouders met psychische problemen (zogenaamde KOPP-kinderen);
- volwassenen en ouderen met risico op of beginnende depressie of angststoornis;
- ketenpartners;
- het algemene publiek.

Activiteiten

- voorlichting aan publiek, door middel van jaarlijkse bijeenkomsten per gemeente en via diverse media;
- vroegtijdige signalering van risicogroepen (met name jeugd);
- groepscursus Bewegen zonder zorgen per gemeente. Doelgroep vrouwen met lage SES, overgewicht en beginnende depressieve klachten. Best practice;
- KOPP-cursus per jaar;
- verbetering preventiestructuur;
- evaluatieonderzoek;
- coördinatie GGD.

Deelnemers

GGD (projectleider), GGZ Noord-Holland Noord, verschillende gemeentelijke afdelingen, Triversum, Algemeen Maatschappelijk Werk, Bureau Jeugdzorg, scholen, Stichtingen Welzijn voor Ouderen, Sportservice en anderen.

Tijdpad

Het project psychische problemen loopt van 2007-2011.

Evaluatie

Jaarlijks wordt de voortgang geëvalueerd, knelpunten onderkend en waar nodig bijgestuurd. De resultaten worden teruggekoppeld aan de relevante gemeentelijke overleggen. In 2011 worden de resultaten geëvalueerd.

Financiën

Naast de in dit project genoemde activiteiten voert de GGD een aantal activiteiten uit die behoren tot het reguliere aanbod, zoals epidemiologische onderzoek, beleidsadvisering, de pilot Lekker in je vel (evaluatie beschikbaar vanaf medio 2007). De GGZ voert activiteiten uit die voor een deel AWBZ-gefinancierd zijn (zoals het merendeel van de cursussen). Een ander deel van het GGZ-aanbod valt onder de Wmo. Over dit laatste is nog geen duidelijkheid.

Activiteiten tbv project psychische gezondheid	Kosten per jaar
Publieksinformatie - 9 voorlichtingsbijeenkomsten GGZ (5 uur/bijeenkomst x € 65,00) - 2 uur GB/publieksinfo per maand (24 x € 65,00)	€ 4.485,00
Evaluatie	-
Groepscursus Bewegen zonder zorgen.	€ 1.000,00 per cursus
Coördinatie GB-functionaris (4 uur/maand) Kosten per jaar: 48 uur x € 80,00	€ 3.840,00
KOPP-cursus Kosten per cursus € 4.000,00. Uitgaande van 1 cursus gefinancierd via lokaal gezondheidsbeleid	€ 4.000,00
Kosten keuzeactiviteiten	
Community based interventie gericht op volwassenen of ouderen	Pm
Zomercursus Plezier op school De cursus kost € 55 per kind. Er wordt uitgegaan van 10 kinderen per cursus.	1 cursus kost € 550,-

Kostenverdeling per gemeente

De kosten van het GGD-advies worden grotendeels omgeslagen per gemeente op basis van het aantal inwoners per 1 januari 2006. In de tabel wordt dit per jaar uitgewerkt.

Aantal inwoners gemeente	(%)
Anna Paulowna	8 %
Harenkarspel	9%
Den Helder	36 %
Niedorp	7 %
Schagen	11 %
Texel	8 %
Wieringen	5 %
Wieringermeer	8%
Zijpe	7 %

Vertaald in bedragen ziet dit er als volgt uit:

Gemeente	2008	2009	2010
Gemeente	2008	2009	2010
Anna Paulowna	€ 1000 opt. + 1000	2000	2000
Harenkarspel	1125 opt.+ 1000	2125	2125
Den Helder	4450 opt. + 1000	5450	5450
Niedorp	875 opt. + 1000	1875	1875
Schagen	1370 opt. + 1000	2370	2370
Texel	1000 opt. + 1000	2000	2000
Wieringen	630 opt. + 1000	1630	1630
Wieringermeer	1000 opt. + 1000	2000	2000
Zijpe	875 opt. + 1000	1875	1875

(De prijzen worden jaarlijks herzien op basis van het prijsindexcijfer)

9. Actieplannen

9.1 Actieplan Psychische problemen

Doelstelling De algemene doelstelling van het uitvoeringsplan is het verbeteren van de psychische gezondheid en het terugdringen van psychische ongezondheid. Subdoelstellingen: - het vergroten van het bereik van preventieve interventies gericht op het verbeteren van de psychische gezondheid - het verbeteren en versterken van de preventiestructuur - vroegsignalering van risicogroepen vergroten - taboedoorbreking, d.m.v. publieksinformatie - het vergroten van het inzicht in de problematiek en in het bereik en de effectiviteit van interventies							
Nr	Doelgroepen, partners, stakeholders	Activiteiten	Verantwoordelijken /uitvoerenden	Coördinator	Middelen en budget	Planning	Evaluatie
1	Gemeenten	Evaluatievoorstel Factsheet ouderen en psychische gezondheid Factsheet jeugd en psychische gezondheid Evaluatieverslag en voorstel community interventie Visbuurt	GGD/GGZ	GGD	Basispakket	Najaar 07 Najaar 07 Aug 2007 Aug. 2007	nvt
2	Gemeenten, ketenpartners	Expertmeeting	GGD/GGZ	GGD	Basispakket	Sept 2007 2008 2009 2010 2011	
3	Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP-kinderen)	Vroegsignalering KOPP-cursus	GGZ/GGD GGZ	GGD JGZ GGZ NHN	Zie financiële paragraaf	Jan 2008- dec 2010 2008	Wordt verder uitgewerkt in evaluatievoorstel
4	Volwassen en ouderen met risico op/of beginnende depressie of angststoornis (met name vrouwen met lage ses en overgewicht)	Bewegen zonder zorgen	GGD	GGD	Zie financiële paragraaf	2008- 2010	In evaluatievoorstel
5	Algemeen publiek	Publieksinformatie	GGD/GGZ	GGD	Zie financiële paragraaf	2008- 2010	In evaluatievoorstel uitgewerkt

9.2 Actieplan Jeugd en alcohol

Doelstelling

De tendens, dat kinderen op steeds jongere leeftijd, steeds vaker en steeds meer alcohol per keer drinken, stoppen.

Subsdoelstellingen:

- Het aantal basisschoolleerlingen dat de laatste 4 weken alcohol heeft gedronken, neemt af tot 44%, het niveau van 1992 volgens het peilstation (meting via onderzoek peilstation of eigen onderzoek).
- Het aantal middelbare scholieren dat de afgelopen 4 weken bij één gelegenheid 5 of meer alcoholische drankjes heeft gedronken, is minder dan 8,9% (meting E-MOVO).
- de gemiddelde leeftijd waarop ouders het normaal vinden dat kinderen alcohol drinken is verhoogd t.o.v. 2007 (onderzoek GGD 0-12 jaar).
- in elke gemeente voeren alle scholen voor basis- en voortgezet onderwijs jaarlijks één van de project uit die worden aangeboden ter bevordering van alcoholmatiging: totaal zijn er 100 basisscholen en 11 scholen voor voortgezet onderwijs. het gaat om alle projecten die door de organisaties in de regio worden aangeboden.
- in elke gemeente neemt jaarlijks 5% van de personeelsleden uit de horeca deel aan een cursus rondom signaleren en omgaan met riskant alcohol- en drugsgebruik.
- in elke gemeente neemt jaarlijks 5% van de medewerkers van de niet-commerciële horeca deel aan een Instructie voor Verantwoord Alcoholgebruik.

Nr	Doelgroepen, partners, stakeholders	Activiteiten	Verantwoordelijk en /uitvoerenden	Coördinator	Middelen en budget	Planning	Evaluatie
1	Gemeenten	Effectevaluatie Rapportages tussentijds aan portefeuillehouderoverleg Eindrapportage	GGD/Brijder	GGD	Regulier	2011	Effectevaluatie en Eindrapportage Afstemming met Brijder over tussentijds verslag
2	Docenten/Leerlingen basisonderwijs	Ontwikkelen van schoolgezondheidsbeleid Project alcohol, 'n ander verhaal	GGD GGD/Brijder	GGD GGD	Regulier Zie financiële paragraaf	2007- 2011 2007- 2011	Jaarlijks verslag van activiteiten
3	Docenten/Leerlingen voortgezet onderwijs	Ontwikkelen van schoolgezondheidsbeleid Vroegtijdige Interventie op Scholen Project onder invloed onderweg Project alcohol digitaal	GGD Brijder GGD Brijder	GGD Brijder GGD Brijder	Regulier Zie financiële paragraaf Idem idem	2007 2007- 2011 2008 2007- 2011	Jaarlijks evaluatie Brijder Jaarlijks verslag Jaarlijkse evaluatie Brijder
4	Gemeenten, ketenpartners	Expertmeeting+vervolg	GGD/organisaties	GGD	Zie financiële paragraaf	Najaar 2007	

5	Horeca	Instructie voor signaleren van en omgaan met riskant alcohol- en drugsgebruik	Brijder	Brijder	Regulier	2007-2011	Jaarlijks evaluatie Brijder
6	Niet-commerciële horeca	Instructie voor Verantwoord Alcoholgebruik	Brijder	Brijder	Zie financiële paragraaf	2007-2011	Jaarlijks evaluatie Brijder
7	ouders	Project alcohol en opvoeding Vroegtijdige Interventie Scholen	GGD/Brijder Brijder	GGD Brijder	regulier Zie financiële paragraaf	2007 2007-2011	Opname in eindverslag Jaarlijks evaluatie Brijder
8	Jongeren	Inzet van het drugsinfoteam op festivals, evenementen en de horeca	Brijder	Brijder	Zie financiële paragraaf	2007-2011	Jaarlijks evaluatie Brijder

Literatuur

Conceptnota GGD Lokaal gezondheidsbeleid, Gelre-IJssel

Conceptnota GGD Lokaal gezondheidsbeleid, Noord-Kennemerland

Conceptnota GGD Lokaal gezondheidsbeleid, Westfriesland

Inspectie voor de Gezondheidszorg/SGBO, Staat van de Gezondheidszorg, Deelrapport Onderzoek gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid, april 2005

Leeuw den Bouter, J.E. de, E-MOVO regiorapport, 2006

Leeuw den Bouter, J.E. de, Gezondheidsenquête Noord-Holland Noord, Kop van Noord-Holland, september 2003

Leeuw den Bouter, J.E. de, Sterfte in Noord-Holland en Flevoland : Analyse van sterftecijfers in de provincies Noord-Holland en Flevoland 1996-2002, Kop van Noord-Holland, 2005

Leeuw den Bouter, J.E. de, Vreugdenhil C., Gezondheidsenquête Noord-Holland Noord Deelrapport Psychische problemen, jan 2005

Ministerie van WWS, "Kiezen voor gezond leven", preventienota 2007-2010, 2006

Vollebergh, W. [et al.], Psychische stoornissen in Nederland : Overzicht van de resultaten van Nemesis, 2003

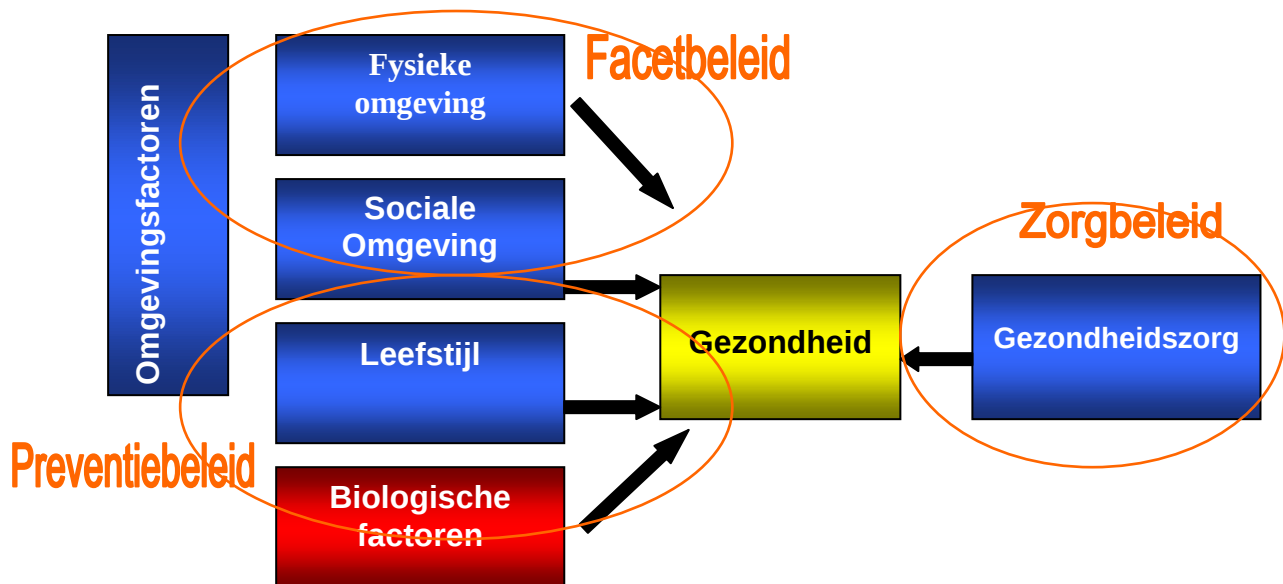
Walg, C.B., Relatie Wcpv en Wmo, januari 2006

Relevante websites

Brijder Verslavingszorg	www.brijder.nl
Centraal Bureau voor de Statistiek	www.cbs.nl
GGD Kennisnet	www.ggdkennisnet.nl
GGD Nederland	www.ggd.nl
Jellinek	www.jellinek.nl
Kenniscentrum overgewicht	www.overgewicht.org
Kiesbeter	www.kiesbeter.nl
NIGZ	www.nigz.nl
NISB voor kennis over sport en beweging	www.nisb.nl
NOC * NSF	www.nocnsf.nl
RIVM	www.rivm.nl
Stivoro	www.stivoro.nl
Trimbos	www.trimbos.nl
VNG	www.vng.nl
Voedingscentrum	www.voedingscentrum.nl
VWS	www.minvws.nl

Bijlagen

Bijlage 1 Model van Lalonde



1. **Omgevingsfactoren: de fysieke en sociale omgeving:** wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten.
2. **Leefstijlfactoren:** het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).
3. **Gezondheidszorg:** de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.
4. **Biologische en erfelijke factoren:** de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte.

Uit het bovenstaande model blijkt dat er veel factoren van invloed zijn op de gezondheid en het welzijn van mensen. Gemeenten kunnen hun beleid richten op de toegankelijkheid van het zorgaanbod, de fysieke en sociale omgeving en de leefstijl van mensen.

Een integrale aanpak van gezondheidsproblemen is het meest effectief. Om gezond gedrag te bevorderen, is het bijvoorbeeld logisch een omgeving te creëren die gezonde keuzen mogelijk maakt/uitlokt. Dan gaat het niet alleen om school, maar ook thuis, op de sportclub, op het werk etc.

Bijlage 2 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Wet van 25 mei 1990, houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid

WIJ BEATRIX, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is wettelijke regels te stellen betreffende de bemoeienis van gemeentebesturen met collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid alsmede een wettelijke basis te bieden voor specifieke uitkeringen ter zake; Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

§ 1. Inleiding

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. collectieve preventie: bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking;
- c. epidemie van infectieziekten: een in korte tijd sterke toename van het aantal nieuwe patiënten lijdend aan een bij of krachtens artikel 2 of 3 van de Infectieziektewet aangewezen ziekte;
- d. jeugdgezondheidszorg: preventieve gezondheidszorg ten behoeve van personen in de leeftijd van nul tot negentien jaar, bestaande uit de in artikel 3a, tweede lid, bedoelde taken.

2. Bij algemene maatregel van bestuur kan voor één of meer van de bij die maatregel aangewezen taken met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg een van het eerste lid, onderdeel d, afwijkende leeftijdsgrens worden vastgesteld, met dien verstande dat de maximumleeftijd ten hoogste op negentien jaar wordt gesteld.

§ 2. Gemeentelijke taken

Artikel 2

1. Burgemeester en wethouders bevorderen de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

2. Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid dragen burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

- a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld.
- b. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- c. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- d. het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;
- e. het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;
- f. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid, onder a en onder c tot en met f, vermelde werkzaamheden nader worden uitgewerkt.

Artikel 3

1. Burgemeester en wethouders dragen zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding, voorzover dit bij algemene maatregel van bestuur is bepaald.
2. Onze Minister kan ter zake van de bestrijding van een epidemie van infectieziekten een aanwijzing geven aan burgemeester en wethouders, indien zij niet of niet naar behoren maatregelen treffen ter bestrijding van de epidemie, terwijl er ernstig gevaar voor de volksgezondheid dreigt en een bovenregionale verspreiding van de desbetreffende infectieziekte te verwachten is.
3. Onze Minister pleegt over een voornemen tot het geven van een aanwijzing overleg met burgemeester en wethouders. Hij deelt het nemen van de aanwijzing, onder vermelding van de redenen daarvoor, mee aan de beide kamers van de Staten-Generaal.

Artikel 3a

1. Burgemeester en wethouders dragen eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking van het eerste lid dragen burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - b. het ramen van de behoeften aan zorg;
 - c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van de perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
 - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid genoemde taken nader worden uitgewerkt.

Artikel 3b

De gemeenteraad stelt vóór 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij tenminste aangeeft hoe burgemeester en wethouders uitvoering geven aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting.

Artikel 4

1. Indien de gemeenteraad een bijdrage heft voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van collectieve preventie draagt hij er zorg voor dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden.
2. Geen bijdrage wordt geheven voor de bij of krachtens de artikelen 3 en 3a opgedragen taken, behoudens in gevallen bij algemene maatregel van bestuur genoemd.

Artikel 5

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen burgemeester en wethouders zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.
2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vragen burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 5a

Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels, staat het burgemeester en wethouders vrij om de taken of onderdelen van taken, als bedoeld in artikel 3a, tweede lid, onder a tot en met d, te laten uitvoeren door instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 16 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 6

1. Burgemeester en wethouders dragen er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:
 - a. geneeskunde;
 - b. epidemiologie;
 - c. verpleegkunde;
 - d. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
 - e. tandzorg;
 - f. gedragswetenschappen;
 - g. informatica.

2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de door de in het eerste lid genoemde deskundigen gevolgde opleidingen of verlangde deskundigheidseisen; de gestelde regels kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

Artikel 6a [Vervallen per 01-01-2003]

§ 3. Rijkstaken

Artikel 7

1. Onze Minister bevordert de kwaliteit en de doelmatigheid van de collectieve preventie.
2. Hij stelt voor het eerst in 2002 en vervolgens elke vier jaar bij nota landelijke prioriteiten vast op het gebied van de collectieve preventie.
3. Hij stelt in ieder geval eenmaal per vier jaar een landelijk programma vast voor uitvoering van onderzoek op het terrein van collectieve preventie.
4. Hij draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.
5. Hij bevordert de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie.

Artikel 7a

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

§ 4. Gegevensverstrekking

Artikel 8

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen met het oog op het bepaalde in artikel 2, tweede lid, onder *a*, regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van gegevens aan burgemeester en wethouders door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de volksgezondheid. In de maatregel kan het stellen van nadere regels ten aanzien van daarbij aangewezen onderwerpen aan Onze Minister worden opgedragen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van systematische informatie door gemeenten aan Onze Minister inzake de uitvoering van de wet.
3. De in dit artikel bedoelde algemene maatregelen van bestuur bevatten ten minste regels met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten, en kunnen de in het eerste en tweede lid bedoelde gegevensverstrekking verplicht stellen.

§ 5. Slotbepalingen

Artikel 9 [Vervallen per 01-01-1989], Artikel 10 [Vervallen per 01-01-2003], Artikel 11 [Vervallen per 01-01-2003], Artikel 12 [Vervallen per 01-01-2003], Artikel 13 [Vervallen per 01-01-2003]

Artikel 14

Deze wet treedt in werking met ingang van 1 januari 1989.

Indien het *Staatsblad* waarin zij wordt geplaatst wordt uitgegeven na 31 december 1988, treedt zij in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het *Staatsblad* waarin zij wordt geplaatst en werkt zij met uitzondering van het bepaalde in artikel 5, eerste lid, terug tot en met 1 januari 1989.

Artikel 15

Deze wet kan worden aangehaald als 'Wet collectieve preventie volksgezondheid'.

Lasten en bevelen dat deze in het *Staatsblad* zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 25 mei 1990

BEATRIX

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

H.J. Simons

Uitgegeven de zesentwintigste juni 1990, *De Minister van Justitie* E.M.H. Hirsch Ballin

Bijlage 3 Besluit Jeugdgezondheidszorg

Besluit van 5 november 2002, houdende nadere uitwerking van de gemeentelijke taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg (Besluit jeugdgezondheidszorg)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 augustus 2002, kenmerk POG/OGZ 2.284.107;

Gelet op de artikelen 3a, derde lid, en 5a van de Wet collectieve preventie volksgezondheid;

De Raad van State gehoord (advies van 29 augustus 2002 nr. W13.02.0374/III);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 oktober 2002, kenmerk POG/OGZ 2.325.164;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Paragraaf 1. Algemene bepalingen

Artikel 1

In dit besluit wordt verstaan onder:

- b. de wet: de Wet collectieve preventie volksgezondheid;
- c. het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg: de in artikel 3a, tweede lid, van de wet genoemde taken.

Artikel 2

1. Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel.
2. Het uniform deel van het basistakenpakket omvat de in paragraaf 2 van dit besluit beschreven werkzaamheden, welke aan alle jeugdigen worden aangeboden.
3. Het maatwerkdeel van het basistakenpakket omvat de in paragraaf 3 van dit besluit beschreven werkzaamheden, welke worden afgestemd op de specifieke zorgbehoeften van jeugdigen alsmede op lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens.

Paragraaf 2. Uniform deel

Artikel 3

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder a, van de wet genoemde taak inzake de gezondheidstoestand van jeugdigen en de gezondheidsbeïnvloedende factoren omvat de volgende werkzaamheden:

- a. het afnemen van een algemene anamnese bij de jeugdige;
- b. het beoordelen van de lichamelijke verschijning van de jeugdige;
- c. het meten en beoordelen van de groei van de jeugdige;
- d. het beoordelen van de ontwikkeling van de jeugdige;
- e. het beoordelen van het functioneren van de jeugdige;
- f. het beoordelen van medisch-biologische parameters van de jeugdige;
- g. het beoordelen van het gedrag van de jeugdige;
- h. het beoordelen van het sociaal milieu van de jeugdige;
- i. het beoordelen van het fysiek milieu van de jeugdige;
- j. het in kaart brengen van het zorgsysteem rondom de jeugdige.

Artikel 4

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder b, van de wet genoemde taak inzake de behoeften aan zorg omvat, naast de in artikel 6 genoemde werkzaamheden, de volgende werkzaamheden:

- a. het schatten van de verhouding tussen draaglast en draagkracht van de jeugdige en van het gezin waartoe hij behoort;
- b. het schatten van de behoefte aan advies en voorlichting van de jeugdige en van het gezin waartoe hij behoort;
- c. het inventariseren van de zorg die de jeugdige reeds ontvangt;
- d. het nagaan of de jeugdige tot een of meer risicogroepen behoort.

Artikel 5

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet genoemde taak inzake de opsporing en preventie van specifieke stoornissen omvat de volgende werkzaamheden:

- a. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van oogpathologie;
- b. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van maldescensus testis;
- c. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van congenitale hartafwijkingen;

- d. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van spraak- of taalstoornissen;
- e. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van perceptief gehoorverlies;
- f. het zonodig aanbieden van vaccinatie tegen hepatitis B;
- g. het zonodig aanbieden van vaccinatie tegen tuberculose.

Paragraaf 3. Maatwerkdeel

Artikel 6

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder b, van de wet genoemde taak inzake de behoeften aan zorg omvat, naast de in artikel 4 genoemde werkzaamheden, de volgende werkzaamheden:

- a. het ramen welke zorgverlening op maat nodig is;
- b. het ramen welke risicogroepgerichte zorg nodig is.

Artikel 7

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder d, van de wet genoemde taak inzake voorlichting omvat daarnaast de volgende werkzaamheden:

- a. het geven van individuerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- b. het geven van groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

Artikel 8

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder e, van de wet genoemde taak inzake gezondheidsbedreigingen omvat de volgende werkzaamheden:

- a. het formuleren welke individuele maatregelen, afgestemd op het gezin van de jeugdige, nodig zijn;
- b. het formuleren welke maatregelen, afgestemd op de groep gezinnen waartoe het gezin van de jeugdige behoort, nodig zijn;
- c. het formuleren welke individuele maatregelen, afgestemd op buurt of school van de jeugdige, nodig zijn;
- d. het formuleren welke maatregelen, afgestemd op de groep buurten of scholen waartoe de buurt of school van de jeugdige behoort, nodig zijn.

Paragraaf 4. Slotbepalingen

Artikel 9

Indien de gemeenteraad gebruik maakt van de hem in artikel 5a van de wet gegeven bevoegdheid, stelt de gemeenteraad daarbij aan een instelling als bedoeld in dat artikel dezelfde eisen als bij of krachtens de wet met betrekking tot de uit te voeren taken of onderdelen van taken gesteld worden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 10

De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 11

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit jeugdgezondheidszorg.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 5 november 2002

Beatrix

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

C. I. J. M. Ross-van Dorp

Uitgegeven de negentiende november 2002

De Minister van Justitie,

J. P. H. Donner

Bijlage 4 Relevante wetgeving voor gemeentelijk gezondheidsbeleid

Wetten

De twee wetten die naast de Wcpv en de Wmo de basis vormen voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid van burgers zijn de Grondwet en de Gemeentewet. Daarnaast zijn er vele wetten en besluiten die verbinding hebben met de collectieve preventietaak van gemeenten. Hieronder is een kort overzicht van betreffende wetten.

Medische milieukunde

Besluit Luchtkwaliteit

Wettelijke normen voor luchtkwaliteit in Nederland, regels voor het vaststellen van en rapporteren over de luchtkwaliteit en het maken van actieplannen indien normen worden overschreden.

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

Openbare Geestelijke gezondheidszorg

Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)

Geeft wettelijke bevoegdheid aan de burgemeester of een door hem aangewezen wethouder om mensen die vanwege hun psychische toestand een gevaar opleveren voor zichzelf of voor hun omgeving, verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Infectieziekten

Infectieziektewet

Er is een verplicht tot melding aan de GGD van een aantal in wet genoemde infectieziekten. De wet geeft de burgemeester de bevoegdheid tot vrijheidsbeperkende maatregelen gericht op individu. Ook is vastgelegd hoe de registratie moet plaatsvinden en welke adviestaken de GGD-directeur heeft.

Quarantainewet

Wettelijke bevoegdheden en voorschriften in geval van besmettelijke ziekten bij immigranten.

Destructiewet

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

Waterleidingwet

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aan preventie van infectieziekten.

Wet op de geneesmiddelenvoorziening

Voor infectieziektebestrijding is het Besluit immunologische farmaceutische producten van belang; aan een aantal instellingen kunnen in het kader van de infectieziektebestrijding direct vaccins en dergelijke geleverd worden; er zijn regels voor bewaring, administratie en toezicht door apothekers.

Jeugdgezondheidszorg

Ziekenfondswet

Een aantal gemeenten heeft te maken met het logopedistenbesluit dat op deze wet berust.

Wet op het primair onderwijs en Wet op het voortgezet onderwijs

Onder andere regels voor onderwijshuisvesting (waarbij gelet moet worden op de technische hygiënezorg) en lokaal onderwijsachterstandsbeleid.

Leerplichtwet en de RMC-wet

Gemeenten houden toezicht op nakoming van de leerplicht. In aanvulling op de Leerplichtwet geldt de RMC-wet (regionale meld- en coördinatiefunctie): het in regionaal verband aanpakken van de problematiek van het voortijdig schoolverlaten van niet-meer leerplichtige deelnemers tot 23 jaar.

Wetgeving buitengewoon onderwijs

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

Overige

Wet geneeskundige hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

Rampenwet

Wet op de lijkbezorging

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (straks gedeelte Wmo)

Algemene Bijstandswet

Wet ambulancevervoer

Wet tarieven gezondheidszorg

Besluit Indicatiebeoordeling verpleging en verzorging

Kwaliteitswet zorginstellingen

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg:

Wet bescherming persoonsgegevens

Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

Wet bevolkingsonderzoek

Wet medisch Wetenschappelijk onderzoek bij mensen

Wet klachtenrecht cliënten zorgsector

Koppelingswet

Wet algemene bepalingen burgerservicenummer (Wabb)

Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z)

Bijlage 5 Taken van de GGD

In het schema worden de basistaken kort omschreven. Voor meer informatie per taak wordt verwezen naar de begroting en het beleidsplan van de GGD.

1	<i>Infectieziektebestrijding</i> Deze taak is gericht op de vermindering en voorkoming van de besmetting met infectieziekten en vindt onder meer plaats door signalering, registratie, voorlichting, preventie en behandeling.
2	<i>Tuberculosebestrijding (tbc)</i> De tbc-bestrijding verkleint de kans op tuberculose en tuberculose-infectie onder meer door voorlichting en BCG-vaccinatie van groepen die meer risico lopen. Daarnaast gaat het om de vroege opsporing, behandeling en begeleiding van mensen met een tuberculose(infectie).
3	<i>Infectieziektebestrijding seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)/ AIDS</i> Met informatie en voorlichting probeert men een positieve houding ten aanzien van veilig vrijen te bevorderen onder meer door het geven van informatie en voorlichting. Daarnaast voert de GGD een curatief spreekuur uit, waarop mensen zich anoniem kunnen laten onderzoeken/testen op infecties. Het gaat dan bijvoorbeeld om jongeren en prostituees.
4	<i>Medische Milieukunde</i> Het doel van deze taak is om gezondheidsklachten en –risico's als gevolg van milieuverontreinigingen te voorkomen en te verminderen. Dit gebeurt onder meer aan de hand van voorlichting over risico's, adviezen hoe deze zijn te vermijden, de signalering van ongewenste situaties en door communicatie ingeval een incident zich heeft voorgedaan.
5	<i>Technische hygiënezorg</i> Hygiëne en veiligheid in gemeenschappelijke voorzieningen voorkomen de overdracht van micro-organismen. De GGD geeft voorlichting. Daarnaast beoordeelt hij of voorzieningen zoals kindercentra, tattoo- en piercingshops en bordelen voldoen aan de voorwaarden of dat ze een risico inhouden voor de gezondheid.
6	<i>Bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker</i> Met de vroege opsporing van borst- en baarmoederhalskanker vermindert de sterfte en de ziektelast als gevolg van deze ziekten. Omdat daarvoor een zo groot mogelijke deelname van de vrouwen in de doelgroepen aan de onderzoeken van belang is, geeft de GGD voorlichting en levert adresgegevens. Daarnaast gaat het om een beleidsmatige bijdrage aan de kwaliteit van de bevolkingsonderzoeken.
7	<i>Vangnethulpverlening</i> Vangnethulpverlening is gericht op verwaarloosde en vervuilde personen ter voorkoming van infectieziekten, verloedering en overlijden. Naast directe hulp gaat het om toeleiding naar de juiste hulp.
8	<i>Lokaal gezondheidsbeleid</i> Als ondersteuning bij de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid levert de GGD relevante informatie, onderhoudt contact met de gemeenten, adviseert over gezondheid en preventie, faciliteert werkgroepen en organiseert samen met de gemeente werkconferenties.
9	<i>Algemene beleidsadvisering</i> De GGD adviseert betrokkenen op het hele brede terrein van de (openbare)

	gezondheidszorg. Hij volgt daartoe relevante landelijke, regionale en gemeentelijke beleidsontwikkelingen.
10	<i>Gezondheidsmonitors</i> De GGD levert informatie over de gezondheid van (groepen uit) de bevolking. Daartoe voert de GGD periodiek onderzoeken uit. Het is de bedoeling elke vier jaar de verschillende leeftijdsgroepen te onderzoeken.
11	<i>Beleidsadvisering</i> De GGD adviseert gemeenten en (zorg)instellingen op basis van bestaande gezondheidsgegevens uit eigen onderzoek, registraties en andere bronnen over brede terrein van de OGZ.
12	<i>Publieksgerichte informatiefunctie</i> Een eenvoudige toegang voor inwoners in de Kop van Noord-Holland tot publieksinformatie over gezondheid, zorg en welzijn bestaat nog in onvoldoende mate. De GGD is betrokken bij de ontwikkeling van systemen waardoor het publiek snel, eenvoudig en laagdrempelig de gewenste informatie kan krijgen (zie ook 14).
13	<i>Bevorderen van gezond leven</i> Omdat met gezond leven veel gezondheidswinst mogelijk is, draagt de GGD bij aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's. Naast een aanbod voor alle gemeenten, is specifieke ondersteuning mogelijk voor (clusters van) gemeenten.
14	<i>Kenniscentrum</i> De GGD verzamelt en/of verwerkt registratiegegevens van andere instellingen tot bruikbare beleidsinformatie voor gemeenten en andere beleidsmakers in de regio. De GGD verzamelt en documenteert daarnaast (vooral digitale) informatie over zorg, welzijn en gezondheid en deelt deze kennis middels een intranet actief met aangemelde personen (zie ook 12).
15	<i>OGGZ-Beleid en OGGZ-Vangnet- en adviespunt</i> De GGD voert het inhoudelijke secretariaat van het OGGZ-coördinatieorgaan waar betrokken partijen een samenhangend beleid formuleren op het gebied van de OGGZ. Ook voert de GGD OGGZ-taken uit zoals de Vangnet- en adviesfunctie.
16	<i>JGZ Overdracht 0-4 jarigenzorg naar de GGD</i> De zorg voor kinderen gaat op vierjarige leeftijd over van het consultatiebureau naar de JGZ / GGD. De overdracht van informatie vindt plaats zodat gezondheidskennis over de kinderen niet verloren gaat. De JGZ schat op grond van deze informatie voor elk kind in of een extra contact nodig is.
17	<i>JGZ Individuele zorg: gehele populatie</i> De JGZ screent/onderzoekt kinderen een aantal keren tijdens de schoolperiode. Als daarbij een lichamelijk of geestelijk probleem is vastgesteld, volgt een gericht advies. Risicokinderen (aangemeld op indicatie of doorverwezen vanuit de screenings) worden gezien door de jeugdarts. Dit draagt bij aan een zo goed mogelijke ontwikkeling van kinderen.
18	<i>JGZ Individuele zorg: op indicatie</i> Jongeren en ouders kunnen bij de GGD terecht met vragen over gezondheid, ontwikkeling, opvoeding en leefstijl. Om de drempel voor het stellen van deze vragen laag te houden, voert de GGD activiteiten uit zoals consult op verzoek, spreekuur op school en huisbezoek op indicatie. Jongeren zelf, hun ouders, docenten of anderen kunnen vragen om een contact. De GGD zoekt met de jongere en/ of de ouders naar een oplossing voor de zorgvraag.

19	Rijksvaccinatieprogramma Dit programma voorziet in de vaccinatie van kinderen om hen optimaal te beschermen tegen difterie, kinkhoest, tetanus, polio, bof, mazelen, rodehond en haemophilus influenza type b (Hib), meningococci-C en eventueel Hepatitis B. De GGD verzorgt de vaccinaties die plaatsvinden in het jaar dat kinderen negen jaar worden. Daarnaast gaat het om jeugdigen van 4-19 jaar die nog niet (volledig) zijn gevaccineerd volgens het programma voor kinderen tot 4 jaar.
20	Zorg voor leerlingen op Speciale Scholen voor Basisonderwijs (SBO), Voortgezet Onderwijs (SVO) en scholen voor Speciaal Onderwijs (SO) Doel is om optimale zorg en onderwijs te realiseren voor leerlingen met problemen op cognitief, emotioneel, gedrags- of sociaal-medisch gebied. De GGD kan een multidisciplinair advies uitbrengen, bijdragen aan een indicatiestelling voor SBO, SVO of SO en sociaal-medische begeleiding bieden aan geplaatste leerlingen.
21	JGZ Onderzoek en Beleidsadvisering De gezondheid van de jeugd, de bedreigingen van hun gezondheid en hun zorgbehoefte wordt op grond van gegevens uit de JGZ registratie en uit onderzoek in kaart gebracht. Dit ondersteunt gerichte beleidsvoering en inzet van preventieprogramma's.
22	JGZ Voorlichting en advies Naast het geven van voorlichting en advies om gezondheidsproblemen van jongeren te voorkomen of tijdig te signaleren voert de GGD preventieprogramma's uit. Deze zijn gericht op het gebied van psychosociale problematiek, opvoedingsondersteuning, kindermishandeling, leefstijl en tandverzorging (tandenpoetslessen).
23	JGZ Zorgnetwerken Goede signalering en vroegtijdige hulpverlening beperkt de schade van psychosociale problemen en kindermishandeling bij jongeren. Daartoe is samenwerking nodig van verschillende instellingen. De GGD neemt deel aan een aantal zorgnetwerken met vertegenwoordigers van onder meer Algemeen Maatschappelijk Werk, Bureau Jeugdzorg, Jeugdgezondheidszorg 0-4-jarigen en GGD. Samen zoekt men in periodiek overleg oplossingen voor kinderen, jongeren of gezinnen die extra aandacht nodig hebben.
24	JGZ Beleidsnetwerken Deze beleidsnetwerken zijn gericht op afstemming en samenwerking tussen verschillende instellingen en gemeenten op het gebied van jeugdgezondheidszorg. Dit is zowel op lokaal, regionaal als op landelijk niveau.

Bijlage 6 Trends in de samenleving die de gezondheid beïnvloeden

- **Dubbele vergrijzing en ontgroening**

De dubbele vergrijzing (de toename van het aantal ouderen, nog eens extra aangezet door de gestegen levensverwachting) noodzaakt gemeenten tot een gerichte aanpak van fysieke en psychische beperkingen van ouderen.

Bovendien neemt het aantal jonge mensen in de totale bevolkingsopbouw af (ontgroening), met gevolgen voor het economisch en sociaal beleid en voor het gezondheidsbeleid in de regio.

- **Arbeidsparticipatie**

Arbeid kan zowel positief als negatief de geestelijke en lichamelijke gezondheid beïnvloeden.

Trends in de arbeidsparticipatie hebben vooral te maken met demografische ontwikkelingen: de belasting van het werk stabiliseert, maar de bevolking vergrijst. In verhouding tot het aantal WAO-intreders zijn de wervingsinspanningen van bedrijven in relatief geringe mate gericht op reïntegrerende WAO-ers.

- **Immigratie**

De toenemende immigratie noodzaakt ook tot een meer uitgebreide bestrijding van infectieziekten, met name van aids en tuberculose. Ook de specifieke problematiek van vluchtelingen, zoals diverse vormen van psychisch trauma, zal aandacht vragen van de openbare gezondheid. De trend is om beleid en activiteiten te ontwikkelen voor deze kwetsbare groepen.

- **Informatiemaatschappij**

Het internet maakt informatie op elk moment beschikbaar voor iedereen met een internetaansluiting en kan zeer snel worden bijgewerkt en geactualiseerd. Dit medium biedt dan ook kansen en bedreigingen als het gaat om gezondheid, gezondheidsbevordering en gezondheidsbeleid.

Bijlage 7 Ontwikkelingen in de gezondheid(szorg)

Nieuw zorgstelsel

De Rijksoverheid heeft een grote verandering binnen het zorgstelsel ingezet, die verstrekken gevolgen heeft voor alle betrokken partijen (cliënten, patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten).

Het huidige zorgstelsel ziet er als volgt uit:

- AWBZ (Algemene wet bijzondere ziektekosten): voor korte onverzekerbare, zware en langdurige medische zorg (Rijk);
- Zvw: Zorgverzekeringswet geldt voor de kortdurende curatieve medische zorg wordt bekostigd via de zorgverzekeraar;
- Wmo: de niet medische zorg en maatschappelijke ondersteuning worden bekostigd door de gemeenten via de Wmo;
- Wcpv: de collectieve preventie wordt bekostigd door gemeenten via de Wet collectieve preventie volksgezondheid.

- **Marktwerking**

De gehele zorgsector (ook de openbare gezondheidszorg) maakt een ingrijpende omslag door van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem. Meer marktwerking betekent minder regulering, meer ondernemerschap en nieuwe financieringsmethoden. Maar ook meer concurrentie door de komst van nieuwe zorgaanbieders. Bovendien ontstaan er fusies en samenwerkingsverbanden. Overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten zullen in de komende jaren gezamenlijk werken aan meer kwaliteit en efficiency in de zorg. De modernisering van de AWBZ, de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de komst van de Basisverzekering zijn allemaal ontwikkelingen om marktwerking in gang te zetten.

- **Extramuralisering**

De extramuralisering in de zorg betreft het streven om buiten de muren van een intramurale instelling (waar iemand opgenomen wordt) gelijkwaardige zorg te bieden; bijvoorbeeld in de eigen woning, als om een verschuiving van intramurale zorg naar lichtere vormen van zorg; bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in een verpleeghuis, verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis, verzorgingshuiszorg in een aanleunwoning. Deze trend heeft grote consequenties voor het beleid ten aanzien van zorg, welzijn en wonen binnen de gemeente.

- **Verandering aard problematiek**

In vroegere tijden vormden infectieziekten en gezondheidsbedreigingen uit de arbeids- en woonomgeving de belangrijkste gezondheidsproblemen. Tegenwoordig is er ook sprake van gezondheidsproblemen die een relatie hebben met leefstijl en leefomgeving (opvoedingsklimaat en woonomgeving).

Bovendien is er een sterke toename van de psychosociale problematiek, zowel bij volwassenen als bij jongeren. Zo is er een toegenomen behoefte aan opvoedingsondersteuning en zijn er meer jongeren met stressproblemen en eenzaamheid.

- **Sociaal isolement**

Sociale relaties kunnen op verschillende manieren de gezondheid beïnvloeden. Het ontvangen van meer emotionele steun hangt samen met een kleinere kans op kanker (nieuwvormingen), hart- en vaatziekten en lichamelijk functioneren. De steun van sociale

relaties kan leiden tot een betere psychische gezondheid, omdat men zich meer gewaardeerd voelt en meer hulp beschikbaar is in geval van nood. Weinig steun kan echter leiden tot het ontstaan van een depressie, burn-out en verhoging van het ziekteverzuim.

- **Verschuiving van verantwoordelijkheden**

Preventieve interventies worden op verschillende plaatsen aangeboden of uitgevoerd, zoals de huisartsenpraktijk, werkplek en school. Met andere woorden: er vindt een verschuiving plaats van verantwoordelijkheden, waar ook gemeenten mee te maken krijgen.

- **Tekort aan huisartsen**

Zowel het aanbod aan als de vraag naar huisartsenzorg zal stijgen, maar verwacht wordt dat de vraag in de periode 2004-2020 sneller zal toenemen door de toename van het aantal ouderen en chronisch zieken. De extra opleidingsplaatsen zullen de tekorten naar verwachting niet kunnen opvangen, omdat steeds meer huisartsen parttime willen werken. Bovendien is de beroepsgroep sterk verouderd, waardoor de uitstroom in de periode 2005-2020 zal toenemen. Verder kan de aansluiting tussen vraag en aanbod regionaal ook behoorlijk verschillen.

Bijlage 8 Indicatoren IGZ

Toelichting bij de indicatoren

In totaal zijn voor deze pilot, in overleg met de verschillende veldpartijen, 25 indicatoren geselecteerd. Per geselecteerde indicator wordt gevraagd naar (1) een aantal gegevens waarmee de teller en noemer voor de betreffende indicator kan worden berekend, (2) een aantal aanvullende gegevens om teller en noemer in het juiste perspectief te plaatsen, (3) de inzet per indicator.

- In dit document vindt u de hoofdindicatoren. Bij enkele indicatoren volgen ook aanvullende vragen, naast de hoofdindicator.
- Voor sommige indicatoren worden de uitkomst gegevens per sociaal economische status (SES), per leeftijdscategorie en naar etniciteit gevraagd om daarvoor te kunnen corrigeren en (GGD-)regio's te kunnen vergelijken.
- Standaardvragen bij elke indicator staan onderaan deze pagina. Deze betreffen de inzet en activiteiten van de GGD en van andere instellingen of de gemeente om de volksgezondheid te bevorderen.
- De indicatoren volgen waar mogelijk de vraagstelling uit de monitor Volksgezondheid of Jeugdgezondheidszorg. Gegevens over de volksgezondheid worden eens per vier jaar verzameld. De gegevens over interventies en activiteiten gericht op de volksgezondheidsproblemen wil de inspectie een keer per twee jaar verzamelen.
- Voor de verdere ontwikkeling van indicatoren voor de functie infectieziektebestrijding start de inspectie een traject in samenwerking met het Centrum voor infectieziektebestrijding bij het RIVM.

NB. 1 Standaardvragen voor elke indicator

- Welke activiteiten zijn er door uw **eigen organisatie** of door **andere organisaties** uitgevoerd om de uitkomst van de indicator te beïnvloeden?
- Wat waren de doelgroepen van die activiteiten?
- Wat was het bereik van die activiteiten?
- Wat is er bekend over de effectiviteit van die activiteiten?

NB. 2 Risicoschatting

De inspectie doet in de tweede fase nader onderzoek bij de GGD of andere instellingen als:

- in een regio een volksgezondheidsprobleem meer voorkomt dan elders;
- er minder activiteiten worden uitgevoerd gericht op een volksgezondheidsprobleem dan op grond van het probleem verwacht mag worden;
- de activiteiten niet aansluiten bij wat bekend is over de effectiviteit;
- het bereik van die activiteiten onder de doelgroep te laag is.

INDEX VRAGENLIJST INDICATOREN

Nr.	Naam
1A	Tijdigheid van de profylaxe Hepatitis B bij kinderen van draagsters
1B	Screening: neonatale gehoorscreening
1C	Screening: hielprikscreening
1D	Screening: screening op amblyopie
1E	Borstvoeding
1F	Vaccinatiegraad (RVP)
1G	Bereik JGZ (PGO)
1H	Overgewicht en obesitas bij jeugd
1I	Kindermishandeling
1J	Passief roken jeugd
1K	Roken jeugd
1L	Alcoholgebruik jeugd
1M	Veilig vrijen jeugd
3A	Roken
3B	Alcohol misbruik
3C	Obesitas
4A	Eenzaamheid
4B	Depressie & Angststoornissen
4C	Huiselijk geweld
4D	Suïcide
4E	Risicogroepen OGGZ
5A	Geluidsoverlast
5B	Luchtkwaliteit
5C	Externe veiligheid
5D	Binnenhuismilieu

Bijlage 9

Evaluatie Project Alcohol en Drugs Harenkarspel 2006/2007

Deelnemende partijen: basisscholen Harenkarspel

Ouderraden Harenkarspel

Stichting Flore

Rotary Harenkarspel

Gemeente Harenkarspel/Jongerenwerkster Jongerenraad

Politie Harenkarspel

Brijderstichting

Doel van het project:

Bewustmaking van zowel kinderen van groep 8 en hun ouders op het gebied van alcohol en drugs. Speciaal werd aandacht besteed aan de vraag 'op welke leeftijd laat je je kind alcohol drinken en bent u zich bewust van de mogelijke schadelijke gevolgen hiervan?'.

Het project is ontstaan vanuit het Driekant. Dit is een samenwerking tussen de basisscholen, Rotary Harenkarspel en politie Harenkarspel.

De opzet van het project was om in een aantal ijkpunten in genoemd schooljaar aandacht te besteden aan het gegeven alcohol- en drugsgebruik onder de jeugd.

Hiertoe heeft een politiemann een bezoek gebracht aan de groepen 8 waarin de ervaringen van de politie met personen die alcohol en drugs gebruiken worden belicht.

Dit is heel goed verlopen. De politiemensen waren verrast over het feit dat de jeugd van groep 8 zo goed op de hoogte was van de zaken die met alcohol en drugs te maken hebben.

Er was een goede wisselwerking tussen de politiemann en de jeugd. De landelijke alcoholactie die tegelijkertijd draaide was een goede ruggesteun in deze en was ook bekend bij de jeugd.

Op deze manier zijn ongeveer 200 kinderen bereikt.

Als tweede onderdeel van het project zijn vijf ouderavonden gehouden voor ouders van de leerlingen in groep 8 op alle basisscholen in Harenkarspel.

Voor ons was dit de pijler onder het project. Van de ouders van de kinderen moet het uiteindelijk voor een groot deel komen. Zij voeden de toekomstige volwassenen ten slotte op.

De Torenven in Warmenhuizen was de eerste school, hier waren ongeveer 35 ouders aanwezig.

De Barbaraschool in Tuitjenhorn volgde met ongeveer 40 ouders

Hierna werd een gezamenlijke ouderavond georganiseerd voor ouders van de Zwerm, de Regenboog en de Meerkoet. Dit was op de Regenboog aan de Stroet. Hier waren ongeveer 25 ouders

De volgende avond werd gehouden op de St. Vincentius in Warmenhuizen. Op deze bijeenkomst waren ongeveer 75 ouders van leerlingen van de Vincentius en Theresia aanwezig.

Ten slotte bezochten op de Sint Janschool in Waarland 25 ouders de avond.

De avonden worden nadrukkelijk gespreksavonden genoemd waarbij de deskundigen in een forum in gesprek gingen met de ouders.

Het forum stond uit: een politiemann, iemand van de Brijderstichting, de jongerenwerkster van Harenkarspel, een medicus en tevens een aantal jongeren van de jongerenraad Harenkarspel.

Het geheel werd geleid door een gespreksleider.

In totaal hebben 200 ouders deze avonden bezocht. Uit de door de ouders ingevulde evaluatieformulieren bleek dat men de avonden als zeer nuttig en nodig heeft ervaren.

Met een aantal suggesties omtrent de uitvoering kan de organisatie bij een volgend project uit de voeten. De ervaring leerde o.a. dat met een kringgesprek met maximaal 35 deelnemers de beste resultaten worden bereikt. Het nodigt mensen uit om ook mee te doen met het gesprek. In de loop van de avond bleek de groep naar elkaar toe te groeien en meer bereid om zaken met elkaar te delen. Kortom een goede ervaring waarin een stuk bewustwording het gevolg was en waarbij mensen ook hun ervaring en onzekerheden konden delen.

Als derde en laatste onderdeel van het project werd het theaterstuk De Kick van de groep Azteekopgevoerd in het Dorpshuis in Warmenhuizen.

Dit theaterstuk werd op 30 maart tweemaal opgevoerd. Te weten om 11.00 uur en om 13.30 uur.

Alle leerlingen uit de groepen 8 van de basisscholen van Harenkarspel en hun ouders waren hiervoor uitgenodigd. Doordat de leerlingen samen met hun ouders het theaterstuk bekeken, kon er ook thuis over nagesproken worden. Ongeveer 200 kinderen bezochten de voorstellingen en ongeveer 30 ouders.

De tegenvallende bezoekersaantallen van de ouders heeft waarschijnlijk te maken met de werkzaamheden van de ouders buitenshuis en wellicht ook met een thuissituatie waarbij voor jongere kinderen oppas gezocht zou moeten worden. Ondanks een uitdrukkelijke uitnodiging maakten toch weinig ouders hier gebruik van.

Mogelijk dat dit een groeiproces is en dat het aantal in de loop van de jaren omhoog gaat.

Het theaterstuk was zeer realistisch. Het ging over een meisje Sara, die alcoholverslaafd was en een jongen Michiel, die drugsverslaafd was. De verwickelingen in het stuk waren heftig en zorgden ervoor dat de zaal stil was. Het gegeven dat als je eenmaal verslaafd bent je er moeilijk meer vanaf komt bleek duidelijk uit het stuk. Het isoleert zijn als persoon en het fixeren op dat ene kwam er ook duidelijk uit.

Hopelijk heeft het de jeugd enig inzicht gegeven omtrent een leven als alcohol of drugs gebruiker.

Uit de nabespreking direct na de opvoering bleek duidelijk een ontzag voor de spelers. Er werden veel goede vragen gesteld door de jeugd en beantwoord door de spelers. Als voorbeeld is te noemen, de arm van de drugsverslaafde Michel. Deze was gegrimd en dus rood gekleurd op de plaats waar normaal de insputingen plaatsvinden. Dit wekte de vragen op als, is het echt? Blijkbaar liepen realiteit en spel hier nog door elkaar. Het bleek toch confronterend dat je met een speler, zie zojuist nog drugs of alcoholverslaafde speelde nu in eens gewoon kon praten. Gevolg was dat het theaterstuk op een goede manier werd afgebouwd. Het kreeg een ander gezicht.

Na een glaasje limonade en een versnapering werd te reis naar huis aangevangen.

Een goede afsluiting van het project. Uit diverse reacties bleek dat er duidelijk een behoefte is aan een voortzetting van dit project, volgend jaar.

Een en ander is financieel mogelijk geworden dankzij een subsidie van de Gemeente Harenkarspel.

Een dankwoord naar de scholen, de ouderraden en verder iedereen die hier aan heeft meegewerkt is zeker op zijn plaats.

Vriendelijke groeten Frans van Diepen, Politie Harenkarspel.
Mei 2007