



Gemeente Simpelveld



UITVOERINGSNOTA

**“GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID
2008-2011”**

December 2008

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
1. Inleiding	4
1.1 Achtergrond.....	4
1.2 Regionale kadernota volksgezondheid.....	4
1.3 Regionale prioriteiten.....	5
1.4 Integrale aanpak volksgezondheid.....	6
1.5 Positie OGGZ.....	6
1.6 Opbouw beleidsnota.....	6
2. Visie en doelstelling	7
2.1 Definitie gezondheid.....	7
2.2 Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV).....	7
2.3 Doelstelling.....	8
2.4 Belang van preventie.....	8
2.5 Versterking eerstelijns gezondheidszorg / relatie Wmo.....	9
3. Hoe gezond is Simepveld?	10
3.1 Speerpunten.....	10
3.2 Prioriteiten nader bekeken.....	10
3.2.1 Roken.....	10
3.2.2 Overgewicht.....	11
3.2.3 Schadelijk alcoholgebruik.....	13
3.2.4 Depressie.....	14
3.2.5 Diabetes.....	14
4. Actieplan volwassenen 2008-2011	16
4.1 Speerpunt "Roken".....	16
4.2 Speerpunt "Overgewicht".....	17
4.3 Speerpunt "Schadelijk alcoholgebruik".....	18
4.4 Speerpunt "Depressie".....	18
4.5 Speerpunt "Diabetes".....	19
5. Actieplan jeugd 2008-2011	21
5.1 Speerpunt "Roken".....	21
5.2 Speerpunt "Overgewicht".....	22
5.3 Speerpunt "Schadelijk alcoholgebruik".....	23
5.4 Speerpunt "Depressie".....	24
5.5 Overige projecten.....	24
6. Financiering	26
7. Evaluatie & terugkoppeling	27

VOORWOORD

Het thema gezondheid staat bij veel mensen met stip op plaats één van belangrijke aandachtsgebieden. En ik denk terecht, want ge- of ongezond zijn raakt ons allen. Er gaat bijna geen dag voorbij of de media besteden aandacht aan het thema.

Als gemeente willen wij graag met anderen, zoals de GGD Zuid-Limburg en de eerstelijnszorg onze bijdrage leveren aan het bevorderen van de gezondheid van onze inwoners. Daartoe hebben wij in overleg met organisaties in het veld gekozen voor het intensief aandacht besteden aan de volgende speerpunten in ons gezondheidsbeleid:

- Roken
- Overgewicht
- Schadelijk alcoholgebruik
- Depressie
- Diabetes

Ik hoop dat de concretisering van onze uitvoeringsnota gemeentelijk gezondheidsbeleid een positieve bijdrage levert aan de gezondheid van velen!

Hub Bogman,
Burgemeester van Simpelveld

November 2008

1. INLEIDING

1.1 Achtergrond

In vergelijking met andere Europese landen is de Nederlandse gezondheidszorg jarenlang koploper geweest. In de “Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006” van het RIVM¹ komt het beeld naar voren dat het met de gezondheid van de Nederlander wel goed gaat: “de Nederlander leeft langer en leeft langer in goede gezondheid”. Toch is er reden tot zorg. Door een ongezonde levensstijl zakt de gezondheid van de Nederlander af naar de middenmoot van Europa (Kabinetsnota: “Kiezen voor gezond leven” uit 2006). Gevolg: hogere ziektekosten, afname van de arbeidsproductiviteit en maatschappelijke participatie en een afname van een gezonde levensverwachting.

Er zijn aanzienlijke gezondheidsverschillen te constateren tussen de regio's in Nederland en tussen groepen burgers onderling. De regio Zuid-Limburg is een van de regio's met een ongunstige score op gezondheid. Wat vooral duidelijk wordt is dat het huidige gedrag van mensen, het aanwezige overgewicht en de vaak slechte start van de jeugd een grote zorg zijn voor de toekomstige volksgezondheid. Vooral mensen met een lage sociaal-economische status lopen meer en grotere gezondheidsrisico's dan mensen met een hoge sociaal-economische status. De toenemende tweedeling in de maatschappij versterkt de gevolgen van gezondheidsverschillen nog eens.

Op grond van Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zijn alle gemeenten sinds 2003 verplicht om één keer in de vier jaar een lokale nota volksgezondheidsbeleid op te stellen. Begin 2006 is door alle 19 gemeenten in Zuid-Limburg besloten om gezamenlijk een nota op te stellen over de prioriteiten die gesteld moeten worden in het toekomstig volksgezondheidsbeleid. Deze gezamenlijke nota past geheel in de lijn van de afspraken die gemaakt zijn bij de fusie van de drie GGD-en en de GHOR en die door elke gemeenteraad zijn onderschreven. De geografisch ligging van Zuid-Limburg en dezelfde soort gezondheidsproblematiek vraagt om meer samen op te trekken in het volksgezondheidsbeleid. Door samen op te trekken en meer uniform te werken is het mogelijk efficiencywinst en kwaliteitsverbeteringen te realiseren.

1.2 Regionale kadernota volksgezondheid

De regionale nota Samen Gezond! is in samenspraak met de GGD Zuid Limburg opgesteld en vormt het gemeenschappelijk vertrekpunt voor de uitvoering van het lokale volksgezondheidsbeleid.

Het doel van de nota Samen Gezond!, regionale prioriteiten volksgezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2007-2011 is:

1. het aan de hand van cijfers en landelijk beleid formuleren van gezamenlijk prioriteiten volksgezondheidsbeleid in Zuid-Limburg voor de periode 1 juli 2007– 30 juni 2011, waaraan elke gemeente in Zuid-Limburg op enige wijze aandacht gaat besteden;
2. het stimuleren van een gezamenlijke integrale aanpak op het gebied van volksgezondheid, waarbij aandacht is voor mogelijkheden op andere beleidsterreinen en bij andere partners;

¹ RIVM: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

3. het optimaliseren en uniformeren van een heldere en zakelijke relatie tussen de afzonderlijke gemeenten als opdrachtgever en de GGD Zuid Limburg als opdrachtnemer in een proces van realisatie van maatschappelijke doelen via het systeem van Beleidsgestuurde Contract Financiering (BCF).

Door alle Zuid-Limburgse gemeenten is, in dialoog met de GGD Zuid Limburg, waarbij gebruik gemaakt wordt van haar deskundigheid en epidemiologische gegevens, een nota regionale prioriteiten volksgezondheidsbeleid voor de periode 2007–2011 geformuleerd en vastgesteld. In deze nota zijn de gezamenlijke prioriteiten benoemd en gemotiveerd. Vervolgens is door iedere gemeente afzonderlijk de lokale situatie, ontwikkelingen en wensen op het totale terrein van volksgezondheid beschreven in een gemeentelijke gezondheidsnota.

Door het benoemen van de concrete actiepunten, in de regionale en de lokale nota's, met resultaatverwachtingen, is een betere evaluatie van activiteiten en een betere sturing op beleid mogelijk. In het hanteren van de BCF-systematiek en het opstellen van jaarprogramma's wordt de GGD Zuid Limburg intensief betrokken, zodat zij in staat is, bijvoorbeeld door middel van aanpassing van de aangeboden producten, adequaat in te spelen op de wensen van de gemeenten. Op deze wijze ontstaat een dynamisch proces met als uiteindelijk doel het verhogen van de gezondheid en het verlagen van de gezondheidsverschillen.

1.3 Regionale prioriteiten

Er is voor gekozen om in de regionale nota aandacht te besteden aan de vijf prioriteiten, zoals die in 2006 door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn benoemd in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Dit is ook een aspect waar de inspectie IGZ de GGD en haar gemeenten op bevroegd. Daarnaast is aandacht besteed aan de ontwikkelingen op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Ook is de samenwerking tussen de 19 gemeenten en de nieuwe GGD Zuid Limburg beschreven. De GGD Zuid Limburg is ontstaan op 1 januari 2006 uit de drie GGD-en (Westelijke Mijnstreek, Zuidelijk Zuid-Limburg en Oostelijk Zuid-Limburg) en het GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen).

Lokaal volksgezondheidsbeleid is echter veel breder dan de in deze nota genoemde vijf prioriteiten en de samenwerking met de GGD Zuid Limburg. Andere onderwerpen zijn onder andere het gebruik van drugs, binnenmilieu, psychische gezondheid, eenzaamheid, etc. Behalve met de GGD Zuid Limburg zal er ook samengewerkt worden met andere partners zoals de eerstelijnsgezondheidszorg en andere gemeentelijke beleidsterreinen. Aanvullend aan deze regionale nota bieden de gemeenten afzonderlijk een verdere uitwerking van het volksgezondheidsbeleid op lokaal niveau aan.

1.4 Integrale aanpak volksgezondheidsbeleid

De gezondheidssituatie van een individu wordt niet alleen bepaald door het individu zelf, maar ook door de sociale en fysiek omgeving van het individu: deze hebben ook een grote invloed op de gezondheid.

Daarom is, net als bij de vorige gezondheidsnota, ook dit keer de nota ontwikkeld in samenspraak met de werkgroep Gezondheidsbeleid. Deze werkgroep is samengesteld uit een afvaardiging vanuit de GGD Zuid-Limburg, MeanderGroep Zuid-Limburg (JGZ en zorgcentrum), IMPULS maatschappelijk werk / ouderenwerk, eerstelijns Bocholtz / Sijpeveld, Seniorenraad en Gehandicaptenplatform.

Uit de evaluatienota 2004-2007 is immers gebleken dat deze methode prettig werkt, maar ook dat hierdoor een goed draagvlak ontstaat bij de uitvoerende instellingen. Het integraal werken is hier dan ook een positief gevolg van.

Ook wordt bij de uitvoering samengewerkt met scholen, kinderopvang, peuterspeelzalen, welzijnsinstellingen, (sport) verenigingen, andere zorginstellingen, woningbouwcorporatie en bedrijven. Door middel van samenwerking kan er eenheid en samenhang worden gecreëerd in de verschillende preventieve maatregelen die worden genomen en wordt de burger op verschillende momenten en plekken geconfronteerd met het belang van een goede gezondheid.

1.5 Positie OGGZ

Ten opzichte van de vorige volksgezondheidsnota zal het onderdeel Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) niet meer worden opgenomen in deze nota omdat de OGGZ per 1 januari 2007 als zodanig een prestatieveld is binnen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Voor 1 januari 2008 heeft elke gemeente een beleidsnota over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning vastgesteld, waarin de OGGZ is verwerkt. In de Wmo-nota wordt ook de relatie tussen de Wmo en de WCPV beschreven.

1.6 Opbouw beleidsnota

In deze uitvoeringsnota zal kort worden ingegaan op enkele algemene zaken zoals de definitie van gezondheid, de WCPV, de doelstelling van deze nota en het belang van preventie. Vervolgens wordt de gezondheidssituatie in Sijpeveld beschreven. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt met landelijke en regionale (Zuid-Limburg) cijfers. In de hoofdstukken 4 en 5 worden respectievelijk het actieplan "volwassenen" en het actieplan "jeugd" voorgesteld. In deze actieplannen staat met welke doelen en middelen de gewenste resultaten behaald zullen gaan worden. De laatste hoofdstukken gaan over de financiering en de evaluatie.

2. VISIE EN DOELSTELLING

2.1 Definitie gezondheid

Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. De gedachte dat de gezondheid van een persoon voor een groot gedeelte bepaald wordt door de factoren omgeving en leefstijl wordt onderstreept. Het lokale volksgezondheidsbeleid richt zich in deze nota op de openbare gezondheidszorg. Het stimuleringsfonds OGZ hanteert de volgende definitie:

“Openbare gezondheidszorg bevat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking. Openbare gezondheidszorg richt zich op de gezondheid van de gehele bevolking of groepen daarin, vindt veelal plaats zonder dat er een individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt en komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur”.

Het algemene doel van lokaal volksgezondheidsbeleid is het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid voor iedereen. Het beleid richt zich dus niet op het bevorderen van de gezondheidssituatie van het individu, maar op de kansen op gezondheid voor een populatie als geheel. Met andere woorden: “voorkomen is beter dan genezen”.

2.2 Wet collectie preventie volksgezondheid (WCPV)

Naast de bovengenoemde visie op lokaal gezondheidsbeleid hebben gemeenten op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) ook de volgende wettelijke taken:

- A - de totstandkoming en de continuïteit van collectieve preventie te bevorderen;
- de samenhang binnen de collectieve preventie te bevorderen;
- de onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve² gezondheidszorg te bevorderen;
- B de jeugdgezondheidszorg uit te voeren;
- C alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie advies te vragen aan de GGD;
- D bij bestuurlijke beslissingen de gezondheidsaspecten bewaken;
- E de infectieziektebestrijding uit te voeren;
- F de medische milieukundige zorg bevorderen;
- G ter uitvoering van de bij of krachtens de wet opgedragen taken zorg te dragen voor de instelling en instandhouding van een GGD.

Voor de complete tekst van de wet zie www.overheid.nl onderdeel wet- en regelgeving.

² Curatieve gezondheidszorg is de gezondheidszorg die zich richt op het “beter maken” van de patiënt / medische benadering.

2.3 Doelstelling

In de nota lokaal gezondheidsbeleid 2004-2007 is uitgegaan van een brede definitie van gezondheid waarbij alle denkbare partijen zijn uitgenodigd om mee te doen en waarbij de gemeente zelf nog geen ambities had opgesteld. Het uitgangspunt destijds was weergegeven in de volgende doelstelling:

“Het op peil houden en daar waar nodig stimuleren & verbeteren van de (algemene) gezondheid van de inwoners van de gemeente Simpelveld.”

Ondanks het feit dat de afgelopen jaren (hard) gewerkt is om deze doelstelling te behalen, is deze nog steeds actueel. Er zijn voldoende resultaten geboekt (zie de evaluatienota “gemeentelijk gezondheidsbeleid 2004-2007”), maar omdat hier sprake is van lange termijn resultaten, is het aan te bevelen deze doelstelling te handhaven voor de komende periode. Preventie zal hierbij wederom een centrale rol gaan spelen.

Bij elke prioriteit / speerpunt (zie hoofdstuk 4 en 5) zal afzonderlijk nog een specifieke doelstelling geformuleerd worden op basis van de SMART-formule.³

2.4 Belang van preventie

Preventiebeleid is er op gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Het doel van preventiebeleid is:

- het ouder worden van mensen (toename levensverwachting);
- langer gezond leven (toename aantal gezonde levensjaren);
- minder verschil in gezondheid tussen mensen (verkleining verschil in achterstand bij mensen met een lage sociaal-economische status).

Deze doelen zijn ook de uitgangspunten in de nota “Kiezen voor Gezond leven” van het Rijk en voor het totale volksgezondheidsbeleid in Zuid-Limburg. Preventie kan zich richten op de totale bevolking, maar kan ook heel gericht zijn op bepaalde doelgroepen, zoals jeugd, ouderen, mensen met een lage sociaal-economische status.

Mensen profiteren zelf het meest van langer gezond leven. Zo kunnen zij zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Ze hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg, en daarmee dus in een gezond leven voor iedereen, heeft overduidelijk ook een maatschappelijk belang. Er is vooral gezondheidswinst te behalen op het bevorderen van een gezonde levensstijl.

Iedereen vindt zijn eigen gezondheid belangrijk, maar lang niet iedereen leeft gezond. Een gezonde levensstijl heeft vaak te maken met keuzes die worden gemaakt; roken of niet roken, een half uur per dag bewegen of minder bewegen. Volwassenen moeten dit beseffen en bewust zijn van de keuze die zij daarin (kunnen) maken en van hun voorbeeldfunctie naar kinderen. Door de samenleving zo in te richten dat “de gezonde en bewuste keuze” een makkelijke keuze wordt, ondersteunt de overheid de burger.

³ SMART: *Specifiek, Meetbaar, Acceptabel Realistisch, Tijdgebonden*

2.5 Versterking eerstelijnsgezondheidszorg⁴ / relatie wmo

Eén van de belangrijkste partners bij het versterken van de preventie is de eerstelijnsgezondheidszorg. Wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg heeft de gemeente geen wettelijke verplichtingen, maar de gemeente heeft wel belang bij een goede spreiding en bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Door de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is de gemeente verantwoordelijk voor een samenhangend beleid op het gebied van maatschappelijke participatie, zorg en welzijn. Het bevorderen van de maatschappelijke participatie heeft direct raakvlakken met volksgezondheidsbeleid. Preventieve maatregelen om de gezondheid van de burger te verbeteren dragen bij aan de maatschappelijke participatie. Daarnaast zorgt een gezonde levensstijl voor lagere zorgkosten.

In de vorige uitvoeringsnota lokaal gezondheidsbeleid zijn ook projecten benoemd die in het kader van de volksgezondheid zijn uitgevoerd. Denk hierbij aan de ouderenadviseur, voorkomen van eenzaamheid < nog invullen / vorige nota checken>.

Een tweede belangrijk onderdeel van de Wmo is het beheersbaar houden van de zorgkosten door op lokaal niveau te zorgen voor een goede afstemming van collectieve en individuele zorgvoorzieningen aan huis en in de buurt.

Samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg is hierbij van groot belang. De huisartsen vormen een belangrijke schakel tussen cliënt en zorg, en hebben daardoor een grote kennis van de thuissituatie. Bij samenwerking kan dan gedacht worden aan de interactie met het zorgloket en het samen opstellen van nieuwe plannen / projecten.

⁴ *Eerstelijnsgezondheidszorg: de generalistische, nabije en direct toegankelijke zorg, die geboden wordt door huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers, maatschappelijk werker, eerstelijnspsychologen, thuiszorg en anderen (definitie vng)*

3. HOE GEZOND IS SIMPELVELD?

3.1 Speerpunten

In oktober 2006 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn tweede preventienota "Kiezen voor gezond leven" uitgebracht, met daarin de landelijke prioriteiten:

- roken;
- overgewicht;
- schadelijk alcoholgebruik;
- depressie;
- diabetes.

De prioriteiten zijn gekozen op basis van zes criteria: (1) het gaat om een omvangrijk gezondheidsprobleem met (2) grote maatschappelijke gevolgen, dat (3) te beïnvloeden is door het stimuleren van gezond gedrag en (4) waarvoor geschikte (kosten) effectieve interventies bestaan die (5) nog niet op grote schaal worden uitgevoerd en (6) bij de aanpak van het gezondheidsprobleem is er een rol voor de overheid weggelegd.

Specifieke aandacht in het lokale volksgezondheidsbeleid zal er moeten zijn voor mensen met een lage sociaal-economische status, omdat de gezondheid van deze mensen op bijna alle fronten slechter is dan die van de Nederlander met een hoge sociaal-economische status. Ook allochtonen vormen een kwetsbare groep. Gezondheidsachterstanden (-verschillen) zijn sterk verweven met achterstanden op andere terreinen: weinig scholing, laag inkomen, goedkope buurt met kwalitatief slechte woningen, minder gunstige omgeving (lawaai, luchtverontreiniging), gebrekkige voorzieningen. Bovendien kunnen heersende sociale normen ten aanzien van gezond gedrag en maatschappelijk verkeer ongunstig uitpakken voor de gezondheid in de buurt, wat een en ander vervolgens weer kan versterken.

Ook in deze beleidsnota zullen de bovengenoemde vijf thema's als prioriteiten worden benoemd.

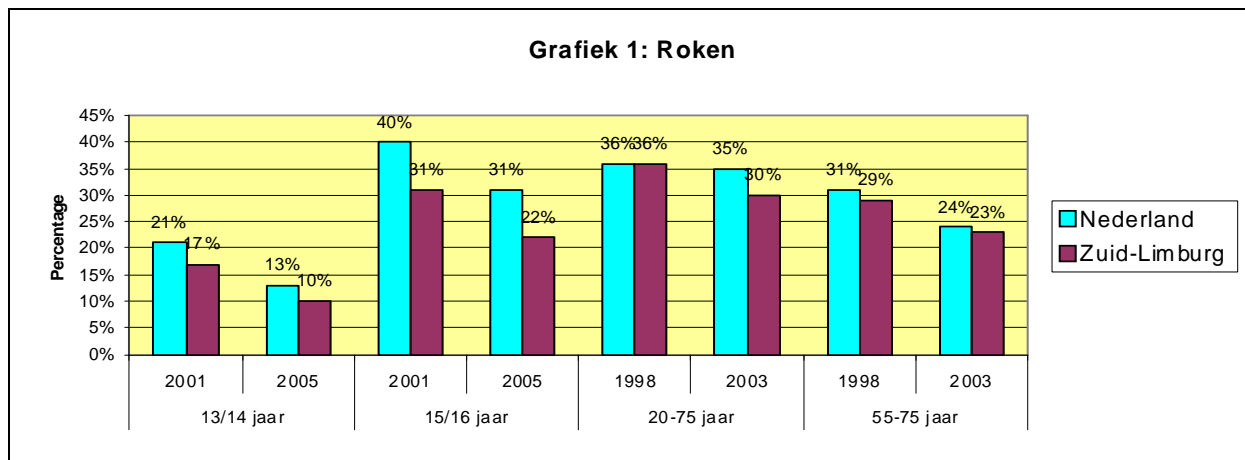
3.2 De prioriteiten nader bekeken

3.2.1 Roken

Ondanks het feit dat het percentage rokers sterk is gedaald (zie grafiek 1) blijft roken verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfte aan (long-) kanker, astma en COPD⁵. Verder is ongeveer 30% van de sterfte aan coronaire hartziekten en ongeveer 14% van de sterfte aan beroerte te wijten aan roken. Roken schaadt bovendien niet alleen de gezondheid van de roker zelf, maar ook die van anderen in zijn omgeving. Meerroken (passief roken) leidt in Nederland jaarlijks naar schatting tot tien gevallen van wiegendoed, enkele honderden doden door longkanker, enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen en vele tienduizenden (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen⁶. Stoppen met roken geeft direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven.

⁵ COPD: Chronische vernauwing van de luchtwegen

⁶ Preventienota Kiezen voor gezond leven, ministerie van VWS, 2006



In onze gemeente rookte in 1998 35% van de volwassenen, terwijl dit in 2003 gedaald is naar 28%. Dit is nagenoeg gelijk aan het landelijke en Zuid-Limburgse gemiddelde.

Bij de jeugd van 13/14 jaar is dit percentage in 2003 6% (19% in 2001) en bij de 15/16 jarigen rookt 16% (in 2001 was dit 19%). Beide percentages liggen lager dan de gemiddelden in Nederland en Zuid-Limburg.

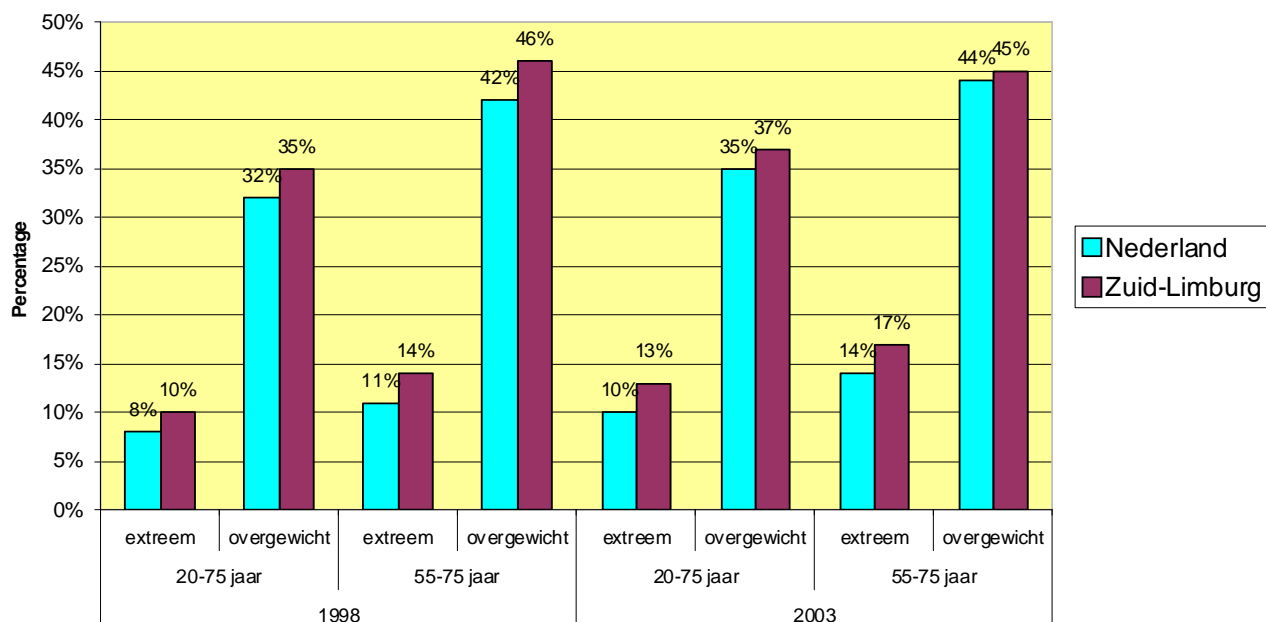
3.2.2 Overgewicht

Overgewicht en obesitas (extreem overgewicht) vormen een snel groeiend probleem voor de gezondheid in Nederland. Uit grafiek 2 is dit duidelijk af te lezen voor zowel Nederland als Zuid-Limburg. Er is een directe relatie tussen overgewicht en tal van chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, suikerziekte, kanker en gewrichtsproblemen. Ook psychosociale consequenties van overgewicht en obesitas hebben grote invloed op de kwaliteit van leven van veel mensen.

De mate van overgewicht of obesitas wordt gemeten door de BMI: Body Mass Index. Kortweg betekent dit het gewicht van de persoon in kwestie wordt gedeeld door de lengte in het kwadraat (gewicht / lengte²). De waarde die daaruit uit komt geeft de mate van overgewicht (>25) of obesitas (>30) aan.

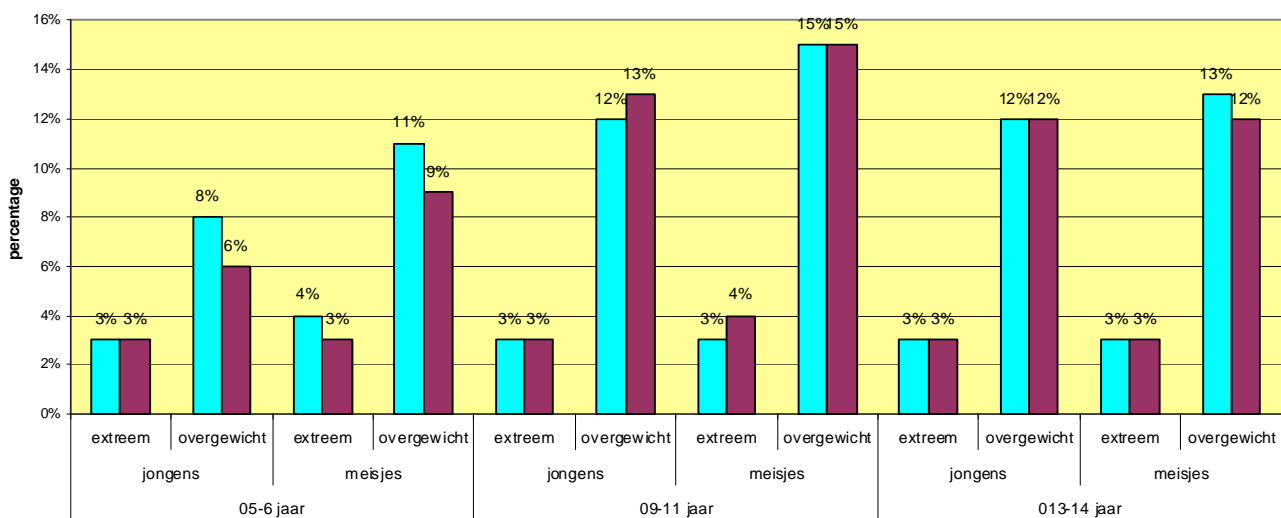
Het aantal volwassenen in Simpelveld met overgewicht bedroeg in 1998 38%: in 2003 is dit percentage nauwelijks gedaald (37%). Obesitas is gestegen met 1%: van 10% in 1998 naar 11% in 2003. Beide cijfers liggen echter lager dan gemiddeld. Het aantal 55-plussers met overgewicht is gelijk aan het gemiddelde (43% overgewicht en 14% obesitas in 2003).

Grafiek 1: Overgewicht volwassen en ouderen



Een belangrijk aandachtspunt bij het groeiende probleem van overgewicht is de toename van kinderen met overgewicht, soms al op hele jonge leeftijd. Vooral in de leeftijdscategorie 9-11 jaar neemt het aantal kinderen met overgewicht toe. Uit grafiek 2 blijkt dat de regio Zuid-Limburg niet afwijkt van het landelijk gemiddelde.

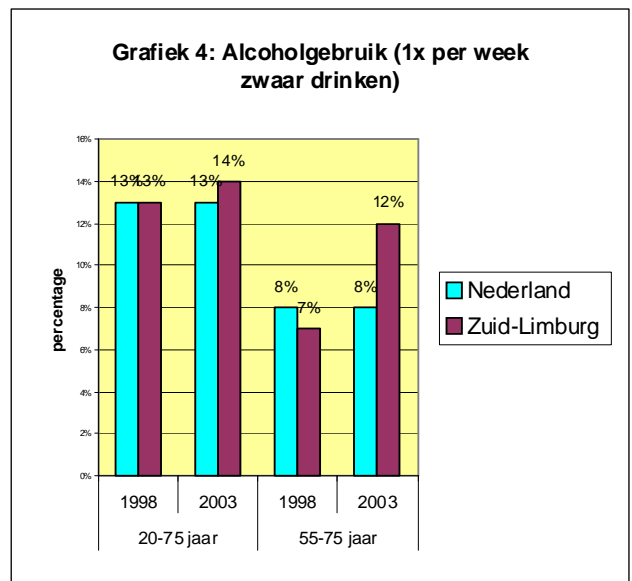
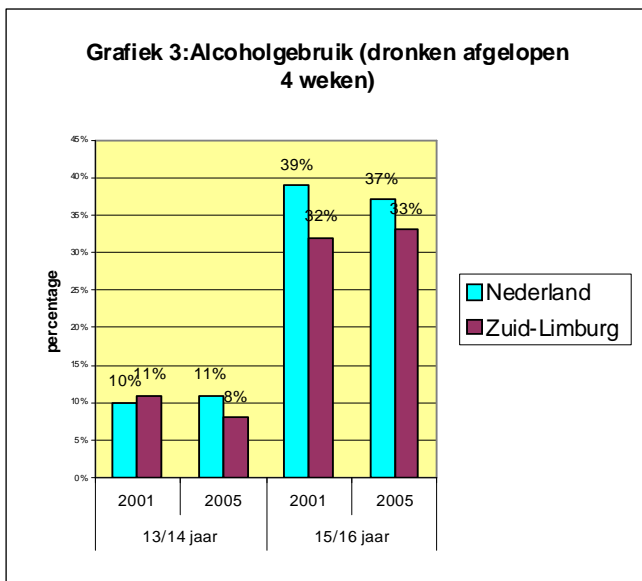
Grafiek 2: Overgewicht jeugd 2005/2006



Bij de jeugd liggen de cijfers ongeveer gelijk aan de beide gemiddelden: 15% heeft overgewicht, en 3% kampt met zwaar overgewicht (obesitas). Dit is een stijging ten opzichte van 1998: toen had 13,4% van de jeugd tussen de 5 en 19 jaar last van overgewicht. Het totaal in 2003 bedraagt 18,4%.

3.2.3 Schadelijk alcoholgebruik

Teveel alcohol drinken heeft negatieve effecten op lever, nieren, hart- en bloedvaten, zenuwstelsel en immuunsysteem, en hangt tevens samen met agressie, criminaliteit, openbare orde, verkeersveiligheid en problemen op het werk (verzuim, onvoldoende functioneren). Hoewel het alcoholgebruik in Nederland niet toeneemt is er een grote groep waarbij sprake is van overmatig alcoholgebruik, soms al op jonge leeftijd (zie grafiek 3 en 4). Onderzoek in Limburg wijst uit dat het percentage 13/14-jarigen dat wel eens alcohol drinkt licht is gedaald. Echter, degenen die wel drinken beginnen daarmee op steeds jongere leeftijd. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd (onder de 16 jaar) is schadelijk voor de gezondheid. Fors alcoholgebruik op jonge leeftijd kan leiden tot acute alcoholvergiftiging en op langere termijn schade aan de hersenen. Wie jong begint met het drinken van alcohol blijkt op latere leeftijd een verhoogd risico op alcoholproblemen te hebben.



Bij de groep jongeren in Simpelveld is het alcoholgebruik voor wat betreft “het dronken zijn geweest de afgelopen 4 weken” gedaald de afgelopen jaren. In 2001 waren meer jongeren dronken geweest dan het landelijke en Zuid-Limburgse gemiddelde (bij 13/14 jaar 15% en bij 15/16 jaar 45%). Bij de meting in 2005 is dit gezakt naar respectievelijk 8% bij 13/14 jarigen en 30% bij 15/16 jarigen.

Bij volwassenen is dit percentage gezakt van 13% in 1998 naar 8% in 2003 voor wat betreft het “zwaar drinken”. Dat ligt op dezelfde lijn als het landelijk gemiddelde, maar is een stuk lager dan het Zuid-Limburgse gemiddelde.

3.2.4 Depressie

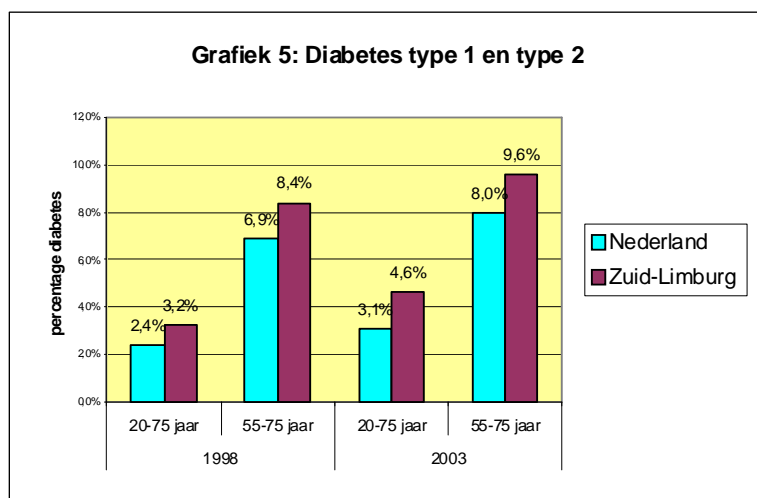
Mensen met een depressie⁷ hebben een grotere kans om vroegtijdig te overlijden. Zij leven ongezonder, nemen meer risico's met hun gezondheid, hebben minder weerstand, worden sneller ziek, genezen slechter, en plegen vaker suicide. Per jaar lijden 738.000 mensen in Nederland aan een depressie. Jaarlijks ontstaan er 359.000 nieuwe gevallen van depressie bij volwassenen, meer cijfers zijn landelijk niet bekend. In Zuid-Limburg geeft 35% van de volwassenen aan last te hebben van matige depressieve klachten en 11% geeft aan last te hebben van depressieve klachten. Depressieve klachten onder ouderen (leeftijd 55-75) geeft eenzelfde soort beeld. Depressie veroorzaakt omvangrijke economische kosten, niet alleen door de uitgaven in de zorg maar ook door het hogere arbeidsverzuim.

De cijfers voor Simpelveld wijken nauwelijks af: 37% geeft aan in 2003 matige depressieve klachten te hebben, terwijl 11% last heeft van depressieve klachten.

Specifieke gegevens over jeugd en depressie zijn niet bekend. Wat wel een belangrijke factor is bij de gemoedstoestand van jongeren is of zij wel of niet worden gepest op school. Op Zuid-Limburgs niveau geeft 6% van de 13/14-jarigen aan wekelijks te worden gepest en 3% van de 15/16-jarigen. Het gepest worden ligt in Simpelveld een stuk hoger: bij 13/14 jarigen wordt 8,5% gepest en bij 15/16 jarigen is dat 4,5%. Toch is pesten niet de enige factor: ook spijbelen, problemen met zichzelf en/of anderen zijn indicatoren voor psychische klachten.

3.2.5 Diabetes

Diabetes is een ernstige chronische ziekte die schade toebrengt aan de bloedvaten en het zenuwstelsel. Mensen met diabetes lopen hierdoor een verhoogd risico op: hart- en vaatziekten, blindheid, nierziekten, gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen. Type 1 diabetes ontstaat op jonge leeftijd, terwijl type 2 diabetes geleidelijk ontstaat en sterk gerelateerd is aan het leefpatroon. Zo heeft 80-90% van de type 2 diabetes patiënten overgewicht. In grafiek 5 is te zien dat het percentage diabetes in Zuid-Limburg duidelijk hoger is dan in Nederland.



⁷ Een depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste gedeelte van de dag, gedurende minimaal twee weken. Een depressie duurt gemiddeld zes maanden.

In 1998 had 4,4% van de Simpelveldse bevolking te maken met diabetes (type 1 en 2). In 2003 is dit percentage gezakt naar 2,8%. Fors lager dan gemiddeld.

Het percentage ouderen (55-75) met diabetes is hoger dan bij volwassenen in het algemeen: 12,4% in 1998 en 6,2% in 2003. De vraag wat de relatie is tussen het relatief hoge % mensen met overgewicht en het lage % mensen met diabetes, is logisch. Een duidelijke verklaring hiervoor is er niet. Door de werkgroep worden de volgende zaken benoemd:

- Mogelijk dat de steekproef niet de gehele populatie vertegenwoordigt ("steekproefvervuiling")
- Momentopname / moment van meting levert een vertekend beeld op.
- Te kleine aantallen ondervraagd / te kleine steekproef-omvang.
- Beide huisartsenpraktijken kennen hogere percentages
- Weten mensen met overgewicht dat ze wellicht diabetes hebben (herkent men de signalen)? Mensen zijn zich vaak niet bewust van het feit dat men diabetes heeft.

Cijfers bij jeugd zijn er nog niet op detailniveau. Verontrustend is echter dat type 2 diabetes stijgt onder jongeren⁸. Deze stijging loopt parallel met de stijging van overgewicht onder kinderen en jong volwassenen.

⁸ Preventienota Kiezen voor gezond leven, ministerie VWS, 2006

4. ACTIEPLAN VOLWASSENEN 2008-2011

In dit hoofdstuk wordt het actieplan 2008-2011 voor de doelgroep “volwassenen” beschreven, gegroepeerd per speerpunt. Deze speerpunten zijn, zoals eerder vermeld, conform de landelijke prioriteiten, en worden daarnaast ook onderstreept door de werkgroep Gezondheidsbeleid. Bij elk speerpunt wordt beschreven:

- wat de cijfers in Simplveld zijn;
- welk maatschappelijk effect we willen bereiken;
- wat de doelstelling voor de komende jaren is;
- welke activiteiten we als gemeente gaan uitvoeren;
- welke producten we daarvoor “inkopen” bij de diverse organisaties;
- wat het uiteindelijke resultaat moet zijn in 2011.

Bij het onderdeel “resultaat” staat het ambitieniveau centraal. Dit is bij de meeste speerpunten gerelateerd aan de landelijke cq. regionale ambities. Het kan dan ook zo zijn dat het ambitieniveau op een aantal punten niet (voldoende) vooruitstrevend is, maar meer continuerend. Dit komt met name voor bij cijfers waar Simplveld gunstiger scoort dan regionaal of landelijk. Daarnaast is het zo dat wanneer landelijk een stijging wordt verwacht, en het te bereiken resultaat een stabilisering inhoudt, dit wel een hoog ambitieniveau is. Immers: het ombuigen van een stijging naar een daling betekent een forse inzet van middelen.

4.1 Speerpunt “Roken”

Cijfers in Simplveld	In 1998 rookte 35% van de volwassenen, in 2003 is dit percentage gedaald tot 28%.
Maatschappelijk effect	<ul style="list-style-type: none"> - Daling sterfte aan (long-) kanker, astma en COPD - Daling coronaire hartziekten / beroerte - Mensen leven langer en gezonder
Beleidsdoelstelling	Percentage rokers moet dalen naar 20% in 2011
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting & educatie aan de bevolkingsgroep met een lage SES-waarde - Advisering & ondersteuning - Afspraken maken met zorgverleners - Handhaving rookverbod per 1 juli 2008 in horeca / vermindering aantal verkooppunten
Producten	<p>GGD ZL / gezondheidsbevordering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezondheidsinformatie en advies (2.1.1.A) - Volwassenmonitor 2010 - Informatie- en documentatieservice (2.1.3) - Preventienetwerken algemeen (2.1.4.A) - Preventienetwerken Roken (2.1.4.C) - Basisadvisering GB (2.1.2.A) <p>Huisartsen / eerstelijns Bochtoltz / Simplveld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In beide kernen wordt een “stoppen met roken” spreekuur aangeboden in samenwerking met MeanderGroep Zuid-Limburg. Interventiestrategie HAMIS (Huisartsen Minimale Interventie Strategie), waarbij de huisarts de cliënt begeleidt bij het stoppen met roken (overleg welke medicatie nodig is).
Meetbare resultaat 2011	Percentage mensen dat rookt in 2011 is ≤ 20%

4.2 Speerpunt “Overgewicht”

Cijfers in Simplveld	<p>In 1998 had 48% van de volwassenen overgewicht, waarvan 10% obesitas (extreem overgewicht). Uit de monitor 2003 blijkt dat dit percentage niet of nauwelijks is afgenomen: 47% van de volwassenen kampt nog steeds met overgewicht, waarvan 11% obesitas (stijging van 1%)</p> <p>Het percentage ouderen (55-75) met overgewicht of obesitas is hoger dan bij volwassenen in het algemeen: in 1998 had 64% overgewicht waarvan 15% obesitas en in 2003 was dit 57% waarvan 14% obesitas.</p> <p>De verwachting is dat het percentage overgewicht en obesitas verder zal gaan stijgen.</p>
Maatschappelijk effect	<p>Terugdringen van overgewicht én obesitas leidt tot minder gezondheidsklachten (m.n. chronische aandoeningen zoals diabetes, psychosociale aandoeningen) en dus tot een vermindering van de zorgconsumptie. Tevens een verhoging van de kwaliteit van leven, en verlaging van het ziekteverzuim. De verwachting is tevens dat men beter aan het maatschappelijk leven kunnen deelnemen, waardoor men zich ook gezonder gaan voelen (beleving).</p>
Beleidsdoelstelling	<p>“Percentage volwassenen met overgewicht mag niet stijgen in de periode 2008-2011(stabilisatie)”.</p>
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting & educatie <ul style="list-style-type: none"> - verhogen lichamelijke activiteit - bevorderen gezond eten - Voldoende bewegingsruimte / sportfaciliteiten
Producten	<p>GGD ZL / gezondheidsbevordering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezondheidsinformatie en advies (2.1.1.A) - Volwassenmonitor 2010 - Informatie- en documentatieservice (2.1.3) - Preventienetwerken algemeen (2.1.4.A) - Preventienetwerk ouderen (2.1.4.B) - Basisadviesing GB (2.1.2.A) <p>Maatschappelijk werk / schuldhulpverlening:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Budgetteringscursus - Gezond en goedkoop eten (is vaak onderdeel van een budgetteringscursus) <p>Sociale Dienst Kompas</p> <ul style="list-style-type: none"> - via bijzondere bijstand stimuleren van deelname aan sport (minima-doelgroep) <p>Ouderenwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanbieden van MBvO <p>Huisartsen / eerstelijns Bocholtz / Simplveld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De praktijkondersteuners voor diabeteszorg en COPD-zorg bespreken standaard tijdens consult het overgewicht, verwijzen naar de diëtiste van Meander en geven beweegadviezen.
Meetbare resultaat in 2011	<p>In 2011 is het percentage mensen met overgewicht (incl. obesitas) mag niet hoger zijn dan 47%. Dit betekent dus het realiseren van een dalende trend i.p.v. een stijgende.</p>

4.3 Speerpunt “Schadelijk alcoholgebruik”

Cijfers in Simplveld	In 1998 was 13% van de volwassenen een “zware drinker”. In 2003 is nog 8% van de volwassenen een “zware drinker” <i>Definitie zware drinker: minstens 1x per week 6 glazen of meer drinken op één dag.</i>
Maatschappelijk effect	<ul style="list-style-type: none"> - Daling van het alcoholgebruik leidt tot minder onacceptabel gedrag - Afname onveiligheid - Vermindering aantasting hersenen
Beleidsdoelstelling	Het percentage “zware drinkers” terugbrengen naar 7%.
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting & educatie - Advisering & ondersteuning - Afspraken maken met zorgverleners
Producten	GGD ZL / gezondheidsbevordering: <ul style="list-style-type: none"> - Gezondheidsinformatie en advies (2.1.1.A) - Volwassenmonitor 2010 - Informatie- en documentatieservice (2.1.3) - Preventienetwerken algemeen (2.1.4.A) - Preventienetwerken alcohol (2.1.4.D) - Preventienetwerk ouderen (2.1.4.B) - Basisadvisering GB (2.1.2.A)
Meetbare resultaat in 2011	In 2011 is het percentage “zware drinkers” niet hoger dan 7%.

4.4 Speerpunt “Depressie”

Cijfers in Simplveld	De cijfers in 1998 zijn niet bekend omdat er geen meting naar gedaan is. Uit de monitor 2003 blijkt dat 37% van de volwassenen matige psychische klachten heeft, en 11% van de volwassenen zou een indicatie voor een depressie hebben. Met andere woorden: op basis van de antwoorden die gegeven worden, zou 11% vallen in de categorie mensen met een depressie. In de praktijk blijkt dat de diagnose niet altijd gesteld kan worden (mensen melden zich bijvoorbeeld niet bij de huisarts).
Maatschappelijk effect	<ul style="list-style-type: none"> - Daling van de kosten voor de zorg - Daling arbeidsverzuim - Stijging gevoel welbevinden - Verhogen levensduur
Beleidsdoelstelling	Realiseren van groter bereik van de bewezen effectieve interventies tegen depressie.
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Creëren gezonde & veilige leefomgeving - Voldoende participatiemogelijkheden (zie ook Wmo) - Tijdig signaleren / samenwerken 1^e lijn

Producten	<p><i>GGD ZL / gezondheidsbevordering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezondheidsinformatie en advies (2.1.1.A) - Volwassenmonitor 2010 - Informatie- en documentatieservice (2.1.3) - Preventienetwerken algemeen (2.1.4.A) - Preventienetwerk ouderen (2.1.4.B) - Basisadvisering GB (2.1.2.A) <p><i>Huisartsen / eerstelijns Bocholtz / Simpelveld:</i> De eerstelijns Bocholtz / Simpelveld heeft afgelopen jaar, met Impuls, deelgenomen aan het schaduwproject van het doorbraakproject Depressie. Doelen van dit project waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Binnen 6 maanden resultaat in de behandeling van nieuwe patiënten - Systematische follow-up met behulp van een BDI-meting (BDI staat voor Beck Depression Inventory en is een scoringslijst om de mate van depressie te meten. Dit is geen diagnose-instrument). - Niet-medicamenteuze behandeling van niet-ernstige depressie met 1^e stap interventies (afstemming interventies huisartsen / maatschappelijk werk) - Snelle behandeling van ernstige depressies - Patiënt zo snel mogelijk bij de juiste behandelaar in de 2^e lijn. <p>Door de deelname aan het project is de zorg voor depressiepatiënten geprotocoliseerd en afgestemd. Ook wordt er een duidelijke relatie gelegd met activering.</p>
Meetbare resultaat in 2011	In 2011 is het percentage volwassenen met een depressie niet hoger dan 11%.

4.5 Speerpunt “Diabetes”

Cijfers in Simpelveld	<p>In 1998 had 4,4% van de volwassenen diabetes, terwijl dit in 2003 gedaald is tot 2,8% van de volwassenen. In vergelijking met de regio (5,1%) en de provincie (4,2%) kent Simpelveld het laagste percentage.</p> <p>Het percentage ouderen (55-75) met diabetes is hoger dan bij volwassenen in het algemeen: 1998: 12,4% 2003: 6,2%</p> <p>De cijfers van de GGD-monitor zijn anders dan de cijfers die de beide huisartsenpraktijken hebben. Kanttekening is wel dat de meting dateert uit 2003 en de onderstaande cijfers de meest recente zijn. Door het (succesvolle) diabetes-programma zijn de diabetici goed in beeld. Dit levert de volgende cijfers op: Huisartsenpraktijk Bocholtz: 250 diabetici Huisartsenpraktijk Simpelveld: 355 diabetici Totaal: 605 mensen met diabetes / 5,6% anno september 2008</p>
------------------------------	---

Maatschappelijk effect	<ul style="list-style-type: none"> - Daling hart- en vaatziekten en andere chronische aandoeningen - Verbetering leefpatroon / langer gezond leven <p>Het landelijke motto is "Gezond leven, tijdig signaleren, goede ketenzorg".</p>
Beleidsdoelstelling	Het percentage patiënten mag niet meer dan 15% stijgen. De verwachte landelijke stijging is 30% indien er geen maatregelen genomen worden. In deze regio neemt de totale bevolking af, terwijl het aantal diabetici zal toenemen. De relatieve stijging zal dus versterkt worden.
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting & educatie - Advisering & ondersteuning - Afspraken 1^e lijn
Producten	<p><i>GGD ZL / gezondheidsbevordering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezondheidsinformatie en advies (2.1.1.A) - Volwassenmonitor 2010 - Informatie- en documentatieservice (2.1.3) - Preventienetwerken algemeen (2.1.4.A) - Preventienetwerk ouderen (2.1.4.B) - Basisadvisering GB (2.1.2.A) <p><i>Huisartsen / eerstelijns Bocht / Simpelveld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - In beide huisartsenpraktijken wordt diabeteszorg geleverd door praktijkondersteuners.
Meetbare resultaat in 2011	In 2011 is het percentage volwassenen met diabetes niet meer gestegen dan 6,5% (uitgaande van een verwachte landelijke stijging van 15%, en op basis van 5,6% diabetes in Simpelveld in 2008).

5. ACTIEPLAN JEUGD 2008-2011

In dit hoofdstuk wordt het actieplan 2008-2011 voor de doelgroep “jeugd” beschreven, gegroepeerd per speerpunt. Deze speerpunten zijn, zoals ook bij volwassenen, conform de landelijke prioriteiten, en worden daarnaast ook onderstreept door de werkgroep Gezondheidsbeleid. Bij elk speerpunt wordt beschreven:

- wat de cijfers in Simplveld zijn;
- welk maatschappelijk effect we willen bereiken;
- wat de doelstelling voor de komende jaren is;
- welke activiteiten we als gemeente gaan uitvoeren;
- welke producten we daarvoor “inkopen” bij de diverse organisaties;
- wat het uiteindelijke resultaat moet zijn in 2011.

Bij het onderdeel “resultaat” staat het ambitieniveau centraal. Dit is bij de meeste speerpunten gerelateerd aan de landelijke cq. regionale ambities. Het kan dan ook zo zijn dat het ambitieniveau op een aantal punten niet (voldoende) vooruitstrevend is, maar meer continuerend. Dit komt met name voor bij cijfers waar Simplveld gunstiger scoort dan regionaal of landelijk. Daarnaast is het zo dat wanneer landelijk een stijging wordt verwacht, en het te bereiken resultaat een stabilisering inhoudt, dit wel een hoog ambitieniveau is. Immers: het ombuigen van een stijging naar een daling betekent een forse inzet van middelen.

5.1 Speerpunt “Roken”

Cijfers	Uit de jongerenmonitor 2001 en 2005 zijn de volgende cijfers af te lezen: 2001: van de 13-14 jarigen rookt 19% van de 15-16 jarigen rookt 35% 2005: van de 13-14 jarigen rookt 6% van de 15-16 jarigen rookt 16% Het percentage jeugd dat rookt is wel sterk afgenomen de afgelopen jaren, maar er zijn toch nog te veel kinderen die in de puberteit starten met roken.
Maatschappelijk effect	<ul style="list-style-type: none">- Daling sterfte aan (long-) kanker, astma en COPD- Daling coronaire hartziekten / beroerte- Mensen leven langer en gezonder
Beleidsdoelstelling	Percentage jeugdigen dat rookt moet dalen
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none">- Voorlichting & educatie over roken in het onderwijs- Advisering & ondersteuning- Afspraken maken met zorgverleners- Handhaving rookverbod / vermindering aantal verkooppunten
Producten	GGD Zuid-Limburg: <ul style="list-style-type: none">- Preventieve gezondheidsonderzoeken (3.1)- De gezonde school en genotmiddelen BO (2.2.5.A)- De gezonde school en genotmiddelen VO (2.2.5.B)
Resultaten	Percentage 13-14 jarigen dat rookt is \leq 5% in 2011 Percentage 15-16 jarigen dat rookt is \leq 10% in 2011

5.2 Speerpunt “Overgewicht”

Cijfers in Simpelveld	<p>In 1998 had 13,4% van de kinderen tussen 5–19 jaar overgewicht. Het aantal kinderen met obesitas is niet gemeten. In 2003 was dit gestegen naar 15,2%. Daarbij moet nog opgeteld worden de kinderen met obesitas, te weten 3,2%. In totaal had 18,4% van onze kinderen tussen de 5 en 19 jaar dus overgewicht.</p> <p>Bij kinderen tussen de 0 en 4 jaar kan nog niet gesproken worden over echt overgewicht cq. obesitas. Beter is het om hier te spreken over een gewicht dat stijgt boven de norm. Bij de tweejarigen heeft 1% een te hoog gewicht (7 van de 80 kinderen). Bij de drie- en vierjarigen is dit nog minder: 1-2 kinderen op een groep van 77 kinderen).</p>
Maatschappelijk effect	<p>Terugdringen van overgewicht én obesitas leidt tot minder gezondheidsklachten (m.n. chronische aandoeningen zoals diabetes type 2, psychosociale aandoeningen) en dus tot een vermindering van de zorgconsumptie. Tevens een verhoging van de kwaliteit van leven.</p>
Beleidsdoelstelling	<p>Percentage kinderen met overgewicht mag niet stijgen in de periode 2008-2011.</p>
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting & educatie <ul style="list-style-type: none"> • verhogen lichamelijke activiteit • bevorderen gezond eten - Voldoende bewegingsruimte / speelruimte - Inbedden in planologische ontwikkeling (groen / speelruimte bij nieuwbouwprojecten)
Producten	<p>GGD Zuid-Limburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slimkids (2.2.4.A) - Realfit (2.2.4.B) - Preventieve gezondheidsonderzoeken (3.1) - Actieprogramma gezonde leefstijl BO (2.2.3.A) - Actieprogramma gezonde leefstijl VO (2.2.3.B) - Gezonde schoolkantine (2.2.3.C) <p>MeanderGroep Zuid-Limburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring en signalering (productgroep 1) - Voorlichting, advies, instructie en begeleiding (productgroep 4) - GVO zuigelingen (maatwerk) - GVO peuters (maatwerk) - GVO maatwerk (maatwerk) <p>Gemeente / Sportpunt Parkstad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BOS-project “Gezond op school”
Meetbare resultaat in 2011	<p>In 2011 is het percentage kinderen met overgewicht (incl. obesitas) ≤ 18 %</p>

5.3 Speerpunt “Schadelijk alcoholgebruik”

Cijfers	<p>Bij de meting inzake alcoholgebruik worden twee vormen van nuttigen onderscheiden:</p> <p>Vorm 1 = de afgelopen 4 weken dronken geweest:</p> <p>2001: 13-14 jarigen 15% 15-16 jarigen 45%</p> <p>2005: 13-14 jarigen 8% 15-16 jarigen 30%</p> <p>Vorm 2 = 5 glazen of meer bij één gelegenheid de afgelopen twee weken, het zogenaamde “binge-drinking”:</p> <p>2001: 13-14 jarigen 23% 15-16 jarigen 54%</p> <p>2005: 13-14 jarigen 7% 15-16 jarigen 39%</p> <p>Conclusie is dat de percentages over het algemeen hoog is, wel wat gedaald is maar dat nog steeds veel jeugdigen houden van een borrel op zijn tijd.....</p>
Maatschappelijk effect	<ul style="list-style-type: none"> - Daling van het alcoholgebruik leidt tot minder onacceptabel gedrag - Vermindering aantasting hersenen
Beleidsdoelstelling	<p>Het percentage jeugdigen dat drinkt (beide categoriën) terugbrengen naar het landelijk niveau van 1992, te weten 46%. In Zuid-Limburg is deze situatie reeds gerealiseerd en is de doelstelling vastgesteld op 35%.</p>
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting gevolgen alcohol - Voorlichting aan ouders - Strenge controle drankverkoop - Drank- en horecawetgeving bij jeugdevenementen - Aanscherping gemeentelijke APV
Producten	<p>GGD Zuid-Limburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preventieve gezondheidsonderzoeken (3.1) - De gezonde school en genotmiddelen BO (2.2.5.A) - De gezonde school en genotmiddelen VO (2.2.5.B)
Meetbare resultaat in 2011	<p>In 2011 is het percentage voor “dronken geweest” niet hoger dan 30% en het percentage bij “binge-drinking” maximaal 35%. Uitgezonderd de leeftijdsgroep 13-14 jaar: daarbij is het streven dat niet meer dan 7% dronken is geweest of aan binge-drinking doet (stabilisering i.p.v. stijging).</p>

5.4 Speerpunt “Depressie”

Cijfers	In 1997 / 1998 was het percentage kinderen met psychosociale klachten 22,3%, in 2002 / 2003 is dit licht gedaald tot 20,0%. Hierbij kan gedacht worden aan psychische problemen, pesten op school, problemen met zichzelf of anderen, schoolverzuim etc.
Maatschappelijk effect	<ul style="list-style-type: none"> - Daling van de kosten voor de zorg - Daling schoolverzuim - Stijging gevoel welbevinden - Verhogen levensduur - Verhogen weerbaarheid
Beleidsdoelstelling	Realiseren van groter bereik van de bewezen effectieve interventies tegen depressie
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Creëren gezonde & veilige leefomgeving - Tijdig signaleren / samenwerken ZAT - Pestprotocollen op (basis)scholen - Weerbaarheidstrainingen
Producten	<p>GGD Zuid-Limburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No limits (2.2.6.A) - Onderzoek op indicatie (3.3.1 A – B – D) - Zorgnetwerken (3.3.2) <p>MeanderGroep Zuid-Limburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samen Starten <p>Peuterspeelzaalwerk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanbieden voor- en vroegschoolse educatie <p>IMPULS Maatschappelijk Werk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weerbaarheidstraining(en)
Resultaten	In 2011 is het percentage jeugdigen met een psychisch probleem niet gestegen, is het bereik van deze groep verhoogd en zijn meer preventiemiddelen ingezet.

5.5 Overige projecten

CJG / Ouder-Kind Centra

Aanleiding voor de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) is mede gelegen in algemeen geconstateerde gebreken in de jeugdketen. Zo bestaat er onvoldoende aandacht voor preventie, staan ouders en kinderen onvoldoende centraal, is de samenwerking te vrijblijvend en zijn taken versnipperd georganiseerd. De inspanningen van het CJG zijn gericht op:

- Het bieden van een inloop voor alle vragen op gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning.
- Het bieden van laagdrempelig advies en ondersteuning, gericht op herstel van zelfredzaamheid.
- Het in beeld brengen van jeugdigen en gezinnen met risico's en problemen.

- Het tijdig bieden van hulp om het ontstaan van (escalatie van) problemen te vermijden.
- Het voorzien in effectieve coördinatie van zorg volgens het beleidsprincipe 'één gezin, één plan'.

In 2011 moet in elke gemeente een Centrum voor Jeugd en Gezin operationeel zijn.

Elektronisch Kinddossier (EKD)

Het Elektronisch kinddossier is een geautomatiseerd systeem voor het uniform registreren van allerlei gegevens over de ontwikkeling van een kind door consultatiebureau of schoolarts.

De ontwikkeling van het Elektronisch Kinddossier (EKD) was in eerste instantie een landelijk project, maar door een juridische wending in het aanbestedingstraject, heeft het Programma-ministerie Jeugd en Gezin besloten dit majeure project neer te leggen bij de gemeenten. In de regio Zuid-Limburg hebben de 19 gemeenten de krachten gebundeld en de opdracht weggezet bij de uitvoerende instellingen (GGD Zuid-Limburg, Meander-JGZ, GroeneKruis Domicura, Orbis Thuis JGZ). Een projectplan plus begroting is in 2008 opgesteld, en wordt ondergebracht in het aanbod van de GGD Zuid-Limburg. Wat betreft de financiering geldt de 50% regeling: gemeenten betalen 50% zelf en het ministerie de andere 50%. De 50% die gemeenten zelf moeten betalen, zullen in eerste instantie onttrokken worden uit de brede doeluitkering

Aanvullend op het Elektronisch kinddossier wordt er ook gewerkt aan een verwijsindex. Met dit aparte programma kunnen hulpverleners straks zien welke andere instanties zich bezighouden met een kind / jeugdige. Het Elektronisch kinddossier is een van de bronnen, maar ook informatie van Bureau Jeugdzorg, maatschappelijk werk, politie en justitie kunnen aan de verwijsindex worden gekoppeld. De gemeente Heerlen is medio 2008 gestart met de pilot "Verwijsindex". De bedoeling is dat de andere Parkstad-gemeenten inclusief Nuth later aansluiten.

Samen Starten

Door de invoering van het Basistakenpakket (BTP) voor 0-19 jaar in 2003 wordt alle kinderen het uniforme pakket aangeboden, waardoor ieder kind dezelfde basiszorg ontvangt.

De werkmethode SamenStarten biedt de professionals een handvat om breder te kijken naar de ontwikkeling van het kind en de eventuele problemen. Door deze methode is het mogelijk om meer gerichte indicatieconsulten en huisbezoeken te ondernemen. Deze werkwijze, die nu nog met name uitgevoerd wordt in de jeugdgezondheidszorg 0-4, zal verder worden uitgebreid bij jeugdgezondheidszorg 4-19 en ketenpartners, zodat er een eenduidige standaard werkwijze komt in de gehele keten van jeugd.

SamenStarten heeft tot gevolg dat er in een bredere sociale context wordt gesignaleerd, waardoor er meer wordt gesignaleerd en er meer tijd nodig is voor de juiste verwijzing en motivatie tot verwijzing. Ook komen er nieuwe aandachtspunten naar voren. Zo zal er meer aandacht moeten komen voor de soort verwijzing, de terugkoppeling en de resultaten van de verwijzing. Daarnaast vraagt de nieuwe methode ook extra tijd voor multi-problematische situaties, de bereikbaarheid van ketenpartners en de mogelijkheid tot afstemmen en coördineren. Dit alles heeft effect op de uitvoering van de primaire zorg.

6. FINANCIERING

De in de actieplannen genoemde activiteiten en produkten van de verschillende uitvoerende instanties, brengen uiteraard kosten met zich mee. Deze kosten zijn in de volgende tabel weergegeven:

	2008	2009	2010	2011
GGD ZL (>4 jaar)	€155.000	€155.000	€155.000	€155.000
Ouderenadviseur	€ 57.050 ⁹	€ 58.750 ¹⁰	€ 60.520 ¹¹	€ 62.360 ¹²
MBvO Impuls / SWOBS				
GALM-project	Via subsidie BSI	Via subsidie BSI	Via subsidie BSI	Via subsidie BSI
Meandergroep ZL (0-4 jaar)	€ 113.000	€ 113.000	€ 113.000	€ 113.000
Samen Starten	€ 3.600	€ 3.600	€ 3.600	€ 3.600
EKD	€ 5.992	€ 11.984	€ 17.976	€ 23.968
BOS-project "Gezond op school"	€ 8.400	€ 8.400	€ 8.400	€ 8.400
Shake Hands	Via subsidie BSI	Via subsidie BSI	Via subsidie BSI	Via subsidie BSI
Doe effe normaal	€4.540	€4.540	€4.540	€4.540
Weerbaarheidstraining	PM	PM	PM	PM

De betreffende bedragen zijn reeds verwerkt in de gemeentelijke meerjarenbegroting.

⁹ Dit bedrag is exclusief de kosten voor huisvesting.

¹⁰ Dit bedrag is exclusief de kosten voor huisvesting.

¹¹ Dit bedrag is exclusief de kosten voor huisvesting.

¹² Dit bedrag is exclusief de kosten voor huisvesting.

7. EVALUATIE & TERUGKOPPELING

Deze uitvoeringsnota zal jaarlijks geëvalueerd worden door de werkgroep die deze nota heeft opgesteld. Dit zal gebeuren aan de hand van de jaarprogramma's. Voorafgaand aan elk uitvoeringsjaar, met uitzondering van 2008, zal een jaarprogramma worden vastgesteld door het college van B&W. In het eerste kwartaal ná afsluiting van het jaarprogramma, start de gemeente met de evaluatie. Elke uitvoerende instantie die een rol heeft in het jaarprogramma, wordt gevraagd aan te geven welke activiteiten er zijn uitgevoerd en met welk resultaat. De bevindingen hiervan worden gebundeld in een evaluatieverslag, dat in maart / april van dat jaar met de werkgroep wordt besproken.

Het doel hiervan is tweeledig:

1. De uitvoerende instanties kunnen kritisch kijken naar hun eigen producten.
2. De gemeente kan op basis van deze evaluatie het beleid bijstellen en bepalen welke producten / activiteiten zij het jaar daarna gaat inkopen bij de uitvoerende instanties.

Schematisch gezien kan de planning als volgt worden weergegeven:

Jaar-programma	Opstellen	Vaststellen	Uitvoeren	Inventariseren	Evalueren
2008			2008	Jan-febr. 2009	Maart-april 2009
2009	Dec. 2008	Dec. 2008	2009	Jan-febr. 2010	Maart-april 2010
2010	Mei 2009	Juni 2009	2010	Jan-febr. 2011	Maart-april 2011
2011	Mei 2010	Juni 2010	2011	Jan-febr. 2012	Maart-april 2012

Tevens zal in juli 2011 de nieuwe uitvoeringsnota vastgesteld moeten worden voor de periode 2012-2015.