

Nota Lokaal Gezondheidsbeleid Gemeente Texel 2007-2011



Oktober 2007

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	3
1. Gezondheid, Gemeenten en Gezondheidsbeleid	4
1.1 Waarom gemeentelijk gezondheidsbeleid?	4
1.2 Gezondheid en gezondheidsbeleid	4
1.3 Verantwoordelijkheden gemeente	5
1.3.1 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)	5
1.3.2 Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO)	6
1.3.3 Relatie tussen de WCPV en de WMO	6
2. Evaluatie beleid 2003-2007: nota nog teveel papieren tijger	8
2.1 Evaluatie Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	8
2.2 Procesevaluatie Kop van Noord-Holland	8
2.3 Evaluatie gezondheidsbeleid gemeente Texel	8
3. De preventienota van VWS als kader voor nieuw beleid	10
3.1 Preventienota van de Rijksoverheid: Kiezen voor gezond leven	10
3.1.1 Bevorderen gezonde leefstijl als hoofdthema van beleid	10
3.1.2 Speerpunten en doelstellingen	10
3.1.3 Toetsing nieuw beleid	11
4. Demografische gegevens	12
5. Gezondheidstoestand toegespitst op de thema's van VWS	14
5.1 Inleiding	14
5.2 Algemeen	14
5.3 Roken: nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak	15
5.4 Overmatig alcoholgebruik: een groot probleem in de Kop van Noord-Holland	16
5.5 Overgewicht: een nationale plaag	17
5.6 Diabetes type twee	17
5.7 Psychische problemen	18
5.8 Conclusie	19
6. Ontwikkelingen binnen andere WCPV-taken in de komende jaren	20
7. Beleidspeerpunten in de Kop van Noord-Holland	22
7.1 Keuze beleidsspeerpunten	22
7.2 Regionale speerpunten	23
7.3 Overige speerpunten van VWS	28
7.4 Speerpunt facetbeleid	29

INLEIDING

Gemeenten zijn op basis van de *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid* (WCPV) verantwoordelijk voor de collectieve preventie in hun gemeente. Zij hebben de taak de gezondheid van hun inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Sinds de wijziging van de WCPV in 2003 is de gemeente Texel verplicht iedere vier jaar een gezondheidsbeleid op te stellen met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volkgezondheid en preventie. Voor u ligt inmiddels de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid 2007-2010 van de gemeente Texel. De eerste nota bestreek de periode 2003 tot 2007.

Deze tweede gezondheidsnota kan gezien worden als een herijking van het in de eerste nota geformuleerde beleid. Daarnaast hebben zich in de tussenliggende tijd verschillende maatschappelijke ontwikkelingen voorgedaan die aanpassing van het beleid noodzakelijk maken. De volgende trends in de samenleving vinden hun weerslag in het gezondheidsbeleid: de toenemende vergrijzing en ontgroening op Texel, arbeidsparticipatie, de ontwikkeling van de informatiemaatschappij en een verandering van de aard van de problematiek.

Naast deze maatschappelijke ontwikkelingen en trends is de gezondheidszorg sterk in ontwikkeling. Een aantal belangrijke ontwikkelingen die hun stempel drukken op de gezondheidszorg zijn:

- Wijziging in het zorgstelsel en introductie van marktwerking
- De komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)
- Extramuralisering
- Verandering van gezondheidsonderwerpen
- Verschuiving van verantwoordelijkheden
- Een mogelijk tekort aan huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners.

De preventienota van het ministerie van VWS '*Kiezen voor gezond leven*' (oktober 2006) is richtinggevend voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De rijksprioriteiten geven sturing aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. 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' 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 vertaald in actieplannen (zie deelnota). Deze nota is bedoeld om een beeld te geven van de wijze waarop in de komende vier jaar vorm wordt gegeven aan het Texelse gezondheidsbeleid.

De regionale nota is aangevuld met lokale informatie en lokale speerpunten. De gemeente Texel richt zich in overeenstemming met de regionale speerpunten de komende vier jaar vooral op het alcoholgebruik onder jongeren en het voorkomen van psychische problemen (depressie).

1. GEZONDHEID, GEMEENTEN & GEZONDHEIDSBELEID

1.1 *Waarom gemeentelijk gezondheidsbeleid?*

De gemeente Texel heeft 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 is de gemeente Texel vanuit de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) 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 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 factoren¹:

1. *Omgevingsfactoren*: de fysieke en sociale omgeving waaronder 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.

De gemeente Texel kan zijn beleid richten op de eerste drie factoren: de omgevingsfactoren, 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 keuzes mogelijk maakt. Daarbij gaat het niet alleen om scholen, maar ook thuis, op de sportclub en op het werk.

1.2.1 *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. Facetbeleid laat zich definiëren als sectoroverschrijdend beleid. Gezondheidsfacetbeleid is gericht op beïnvloeding van één of meerdere determinanten van gezondheid. Het doel is het bewerkstelligen van gezondheidsbevordering en –bescherming

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

1.2.2 *Gemeentelijke sturingsinstrumenten*

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

¹ Bron: Lalonde, 1974

- 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). De Grondwet en 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 WCPV en de WMO verplichten de gemeente tot een verantwoordelijkheid op het uitvoerende vlak. Hier is sprake van wetten die verplichten.

1.3.1 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)

De WCPV heeft tot doel de gezondheid van de bevolking te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De wet verplicht de gemeente 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 jarigen (jeugdgezondheidszorg*²): monitoren en signaleren, adviseren, geven van gezondheidsvoorlichting, vaccineren;
- *Openbare geestelijke gezondheidszorg*³: 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 screening 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). 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

² De 0-4 jarigenzorg is in de regio Kop van Noord-Holland uitbesteed aan de stichting De Omring. De jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen ligt bij de GGD Hollands Noorden.

³ De OGGZ valt vanaf 1 januari 2007 onder de WMO, maar de WCPV is nog niet aangepast op dit punt.

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.

1.3.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) maakt gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning in brede zin. Het doel is participatie van alle 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 volgens de WMO extra aandacht worden besteed.

De WMO omschrijft maatschappelijke ondersteuning in de volgende 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.

1.3.3 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 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 gezondheidswinst 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

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.

2.1 Evaluatie Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

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 in grote lijnen 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. Kanttekeningen 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 beleid gemeente Texel

Een evaluatie van de gezondheidsnota 2003-2007 van de gemeente Texel laat zien dat de nota van de afgelopen periode hoofdzakelijk een beeld schetst van de activiteiten die op dat moment direct of indirect van invloed zijn op de Texelse volksgezondheid. In de nota zijn een aantal gezondheidsrisico's die specifiek voor Texel gelden benoemd en er zijn op basis daarvan aandachtspunten geformuleerd. In overeenstemming met de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor de Kop van Noord-Holland geldt voor Texel echter ook dat de uitvoering van voornemens in de lokale gezondheidsnota nog weinig aandacht krijgt. Zo blijkt dat de geformuleerde aandachtspunten in de lokale gezondheidsnota niet zijn omgezet naar kwantificeerbare doelstellingen of projecten. Daar komt bij dat in de nota geen duidelijke prioriteiten zijn gesteld of lokale aandachtspunten zijn benoemd. De eerste gezondheidsnota is daarmee vooral een opsomming van activiteiten met een invloed op de gezondheid van de bevolking en een weergave van geconstateerde problemen.

Het ontwikkelen van de gezondheidsnota heeft binnen de gemeente Texel daarentegen wel geleid tot meer aandacht voor openbare gezondheid en het positioneren van het gezondheidsbeleid binnen andere beleidsterreinen. Een goede start van deze integrale aanpak is het project 'Ruimte voor Ontwikkeling, samen zorgen voor de toekomst'. In het project wordt de onlosmakelijke samenhang tussen de ruimtelijke en de sociaal maatschappelijke ontwikkelingen

erkend en worden meerdere beleidsplannen op het gebied van milieu, economie en samenleving uitgewerkt. Er wordt binnen het project vorm gegeven aan de beleidsvisie WMO 2007-2011, een ruimtelijke visie en een actualisatie van de structuurvisie 2020. Er zijn indirect tevens een aantal initiatieven gestart om de gezondheid van de inwoners van Texel te verbeteren. Een goed voorbeeld hiervan is de subsidieverstrekking van de gemeente aan de Brijderstichting. De inwoners van de gemeente Texel kunnen voor hulp, begeleiding en preventie bij problemen door gebruik van alcohol, drugs en medicijnen of door gokken en roken terecht bij het steunpunt verslavingszorg op het eiland. Daarnaast is gestart met een spreekuur van de Brijderstichting en de GGD op de Openbare Scholengemeenschap.

Geconcludeerd kan worden dat naar aanleiding van de eerste gezondheidsnota het bewustzijn met betrekking tot de volksgezondheid binnen de gemeente Texel is toegenomen, maar dat er nog weinig invulling is gegeven aan een concrete aanpak van de geconstateerde problemen. In de voorliggende nota wordt voorgesteld duidelijke speerpunten te kiezen en actieplannen te formuleren om de lokale aandachtspunten aan te pakken. Verder is het belangrijk tussentijds het gezondheidsbeleid van de gemeente Texel te evalueren. Tot slot zal de gemeenteraad moeten toezien op een duidelijke positionering van het gezondheidsbeleid binnen andere beleidsterreinen, waarmee de integrale aanpak wordt nagestreefd.

3. DE PREVENTIENOTA VAN VWS ALS KADER VOOR NIEUW 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 richting aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. 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.

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).

3.2 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 IN DE KOP VAN NOORD-HOLLAND

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van enkele belangrijke demografische gegevens van inwoners uit de regio. In onderstaande tabel wordt de leeftijdsopbouw van ondermeer de Texelse bevolking beschreven. De tabel laat zien dat de Texelse bevolking voor 60% bestaat uit 20 tot 64 jarigen (60%). De jongeren en ouderen zijn in de gemeente met 25% en 15%

Aantal inwoners per gemeente					
Gemeenten	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, januari 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.

Opleidingsniveau				
Gemeenten	Geen of lager onderwijs	Mavo of Lbo	Havo, Vwo, 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
Totaal KvNH	7,1	41,2	34,6	17,0

Bron: Gezondheidsenquête 2002

Inkomen

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

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 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, waaronder:

- Volwassenenenquête (2002): onderzoek naar de gezondheid van 19-64 jarigen in de regio Kop van Noord-Holland.
- E-MOVO (2005/2006): onderzoek onder leerlingen van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs.

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

- Ouderenenquête (eind 2006/2007): onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder.
- Enquête onder ouders van kinderen van 0-11 jaar (2007/2008);
- 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 gemeente Texel en 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

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. In de Kop van Noord-Holland oordeelt in totaal 78% positief over de eigen gezondheid en landelijk is dat 81%. Uit de enquête blijkt dat ruim 80% van de Texelaars hun gezondheid als goed tot zeer goed ervaren. De resultaten van Texel sluiten daarmee aan bij de landelijke gegevens en de gegevens van Noord-Holland Noord.

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. Op Texel zijn deze percentages nagenoeg gelijk.

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%). Op Texel is 55,1% van de volwassenen opgewekt, 6,4% is somber.

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 privéongeval, 27% een sportongeval, 20% een arbeidsongeval, 4% een verkeersongeval en 2% een ongeval als gevolg van een andere oorzaak of van meerdere oorzaken. Op Texel heeft 9,9% zich medisch laten behandelen als gevolg van een ongeval. Daarvan is verreweg het grootste percentage privé ongevallen (57,2%), sportongevallen (18,4%) en arbeidsongevallen (10,1%).

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. Door volwassenen op Texel wordt minder gerookt dan landelijk en regionaal namelijk 29,4% (tegen 34% in de regio). 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.

Gemeenten	Roken dagelijks
Anna Paulowna	28.0 %
Harenkarspel	25.4 %
Den Helder	38.4 %
Niedorp	27.5 %
Schagen	28.3 %
Texel	29.4 %
Wieringen	38.7 %
Wieringermeer	37.1 %
Zijpe	33.1 %
Landelijk	33.0%

Tabel 4. Roken volwassen bevolking (20-64 jr)
Bron: Gezondheidsenquête GGD, 2002.

Gemeenten	Roken ooit	Roken dagelijks
Anna Paulowna	21.3 %	10.2 %
Harenkarspel	24.6 %	8.4 %
Den Helder	24.6 %	10.8 %
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 %

Tabel 5. Roken jeugd (12-19 jr)
Bron: E-MOVO, 2005.

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). Op Texel ligt het percentage van zware alcoholgebruiker onder het regionale gemiddelde met 15,3%. In het algemeen zijn er op Texel evenveel drinkers als elders in de regio. Het percentage zware drinkers neemt af met de leeftijd. Onder hoogopgeleiden komt minder zwaar alcoholgebruik voor dan onder laagopgeleiden.

Gemeenten	Alcohol-gebruik	Zware drinker
Anna Paulowna	83.3	14.9
Harenkarspel	90.2	18.2
Den Helder	88.2	14.8
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

Tabel 6. Alcoholgebruik volwassenen 20-64 jr.
Bron: Gezondheidsenquête GGD 2002

Gemeenten	Alcohol ooit	Alcohol per maand
Anna Paulowna	80.9	71.3
Harenkarspel	78.5	75.4
Den Helder	67.7	56.6
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

Tabel 7. Alcoholgebruik jeugd 12-19 jr.
Bron: E-MOVO, 2005

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% van de jeugd 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. Deze regionale trend is ook zichtbaar op Texel.

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.

Gemeenten	Overgewicht	Ernstig overgewicht
Anna Paulowna	35.1	9.4
Harenkarspel	31.7	7.1
Den Helder	31.8	14.1
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

Tabel 8. Overgewicht bij volwassenen in de Kop van Noord-Holland
Bron: Gezondheidsenquête GGD 2002

Jeugd

Landelijk heeft 13% van de kinderen tussen de 0 tot 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 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 ziektebelastingen, 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.

Gemeente	Psychische problemen
Anna Paulowna	31 %
Harenkarspel	25 %
Den Helder	28 %
Niedorp	29 %
Schagen	31 %
Texel	30 %
Wieringen	31 %
Wieringermeer	28 %
Zijpe	26 %
Landelijk	23,5 %

Tabel 9. Psychische problemen volwassenen 20-64 jr.
Bron: Nemesis

Gemeente	Psychische problemen
Anna Paulowna	25 %
Harenkarspel	17 %
Den Helder	14 %
Niedorp	16 %
Schagen	22 %
Texel	16 %
Wieringen	21 %
Wieringermeer	23 %
Zijpe	16,5 %
Landelijk	16,5 %

Tabel 10. Psychische problemen jeugd 12-19 jr.
Bron: EMOVO, 2005

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

Tabel 11. Onderverdeling psychische stoornissen (landelijk) 20-64 jaar
Bron: Gezondheidsenquête GGD, 2002

5.7 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 rookt ruim 30%, dit komt overeen met het landelijke gemiddelde. Bij jongeren ligt het gemiddelde iets hoger dan het landelijke cijfer 9,9 % ten opzichte van 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 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% tegen landelijk 16%). Zowel voor jeugdigen als voor volwassenen ligt dit percentage dus fors boven het landelijk gemiddelde.

6. ONTWIKKELINGEN BINNEN DE WCPV-TAKEN

6.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt 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 programma 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 GGD 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 (CJG)*

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. In 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: met de Zorgwijzer 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:

Signalering van ongewenste situaties

- het verzamelen, registreren en analyseren van gegevens;
- proactief onderzoek;

Beleidsadvisering

- beleidsadvies bij planontwikkeling;
- advisering ten behoeve van de uitvoering van beleid;

Beantwoording en behandeling van vragen, klachten en meldingen

Voorlichtingsactiviteiten ter preventie

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.

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. BELEIDSSPEERPUNTEN IN DE KOP VAN NOORD-HOLLAND

7.1 Keuze beleidsspeerpunten

De onderwerpen, die VWS als speerpunt heeft benoemd, zijn allemaal belangrijke problemen die ook in de Kop van Noord-Holland 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 (onder verantwoordelijkheid van het regionale portefeuillehouderoverleg Zorg). 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 Regionale Speerpunten

- *Schadelijk alcohol gebruik met name bij de jeugd*

Het relatief hoge en veelvuldige alcoholgebruik (te jong, te vaak, te veel) door de jeugd is een zorgelijke ontwikkeling. 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.

Op locaties waar jongeren regelmatig zijn (thuis, school, sportvereniging, uitgaansgelegenheden) vinden activiteiten plaats. 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.

Aanvang project en looptijd

De looptijd van het project is overeenkomstig de looptijd van de nota: 2007-2011.

Doelstelling

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

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

Om de geformuleerde doelstellingen te bereiken is een pakket van activiteiten samengesteld. In het onderstaande wordt de activiteit benoemd en de partij die verantwoordelijk is voor de uitvoering daarvan. Dit alles onder gemeentelijke regie.

1. Expertmeeting (GGD)

Een bijeenkomst met vertegenwoordigers van gemeenten en overige relevante organisaties om dit projectplan te bespreken, concrete afspraken te maken voor uitvoering en wenselijkheid bespreken voor regionale en lokale overlegvormen rondom genotmiddelen.

2. Ontwikkelen van schoolgezondheidsbeleid waar alcohol deel van uitmaakt voor basis- en voortgezet onderwijs (GGD)

De GGD benadert actief de scholen en coördineert activiteiten rond gezondheidsbevordering naar de scholen namens verschillende organisaties in de regio.

3. Uitvoeren van het project “Alcohol, een ander verhaal” (GGD/Brijder)

Het project richt zich op groepen 7 en 8 van de basisscholen. De leerkracht besteedt door middel van de methode “verhalend ontwerpen” aandacht aan het onderwerp alcohol. Een ouderavond maakt deel uit van het project. De training wordt 2 keer per jaar gegeven waarbij minimaal 10 scholen per jaar worden bereikt. Voor Texel wordt dit uitgevoerd via het Steunpunt Verslavingszorg Texel.

4. 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
- Ouderavonden

Het project wordt uitgevoerd op alle VMBO-scholen in de regio. Gedurende vier jaar wordt VIS op alle scholen ingevoerd. Er zijn in 5 gemeenten in totaal 6 scholengemeenschappen aanwezig met de richting VMBO theorie en praktijk. De scholen zijn gevestigd op verschillende locaties. Brijder wil de komende vier jaar per jaar 720 uur extra inzetten voor het VIS project. Voor meer informatie over het VIS-project willen wij verwijzen naar de bijlage.

5. Promotie en uitvoering van het project ‘Onderinvloed onderweg’ (GGD)

Op alle scholen voor voortgezet onderwijs wordt het project in vier jaar aangeboden door middel van een gesprek met de directie van de school. Het project richt zich op de bovenbouw van het voortgezet onderwijs, met als doel om kennis te vergaren over alcohol en drugs in het verkeer. Bewustwording van de risico’s die het gebruik van deze middelen in het verkeer met zich meebrengen.

6. Inzet van het Druginfoteam op festivals, evenementen en de horeca (Brijder)

Jongeren geven voorlichting aan jongeren. In overleg met gemeenten, jongerenwerk en horeca wordt inzet afgesproken. Voorbeelden daarvan zijn festivals, seizoensgebonden horeca, op stranden in de zomermaanden en andere activiteiten. De Brijder wil de komende vier jaar het druginfoteam 150 uur per jaar extra inzetten voor het geven van voorlichting.

7. Effectevaluatie (GGD)

Als nulmeting worden gegevens gebruikt van regulier onderzoek van de GGD zoals E-MOVO. Dit jaar vindt een onderzoek onder ouders van kinderen van 0-12 jaar voor het eerst plaats. De uitkomsten van het onderzoek worden in het derde kwartaal van 2007 verwacht.

Aan het einde van de uitvoeringsperiode vindt opnieuw een onderzoek plaats.

Deelnemers

Verschillende organisaties (belangrijk zijn GGD en Brijder) werken samen bij de uitvoering van het projectplan. Andere belangrijke actoren zijn gemeenten (openbare orde, welzijn, handhaving en regelgeving), politie, horeca, Trimbos, scholen, jongerenwerk en sportverenigingen. Streven is om de samenwerking te formaliseren in een projectstructuur.

Evaluatie

Jaarlijks wordt de voortgang geëvalueerd, knelpunten onderkend, en waar nodig bijgestuurd. Verslaglegging hiervan wordt door Brijder en GGD verzorgd. 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”..

- *Psychische problemen/ depressie*

Het aantal mensen met psychische problemen is in de Kop van Noord-Holland is relatief hoog. Meer hierover staat beschreven in de nota *Regionaal Gezondheidsbeleid*. De problematiek komt onder de gehele bevolking voor.

Preventie stelt zich ten doel om ernstige psychische problemen te voorkomen dan wel tijdig op te sporen en te behandelen voordat de eerste klachten de kans krijgen uit te groeien tot volledige psychische stoornissen. Preventieve activiteiten kunnen de schadelast beperken. Een belangrijk missie van preventie is om te investeren in een gezonde leefstijl. Een gezonde leefstijl voorkomt ziekte. Preventie vervult een belangrijke rol bij het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid.

Doelstelling

De algemene doelstelling van het projectplan 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;*
Deze doelstelling is afgeleid van de doelstelling voor preventie van depressie uit de landelijke nota van VWS. Hierin wordt ervan uitgegaan dat de GGZ landelijk circa 4000 personen per jaar bereikt via interventies gericht op preventie van depressie. De GGZ NHN bereikt volgens zeggen jaarlijks ongeveer 1000 personen middels cursussen en voorlichtingsbijeenkomsten aan het publiek; het gaat hier om *alle* onderwerpen, niet alleen om depressie.
- *Het verbeteren en versterken van de preventiestructuur;*
Voor de doelgroep jeugd bestaan diverse overlegstructuren, waarbij verschillende organisaties en instellingen betrokken zijn. Voor de doelgroep volwassenen en ouderen is dit minder het geval of zijn er met name lokale overlegstructuren.
- *Vroegsignalering van risicogroepen vergroten;*
In de periode 2007-2010 is dit gericht op een betere signalering van KOPP-kinderen in diverse leeftijdsgroepen en situaties (o.a. binnen scholen, binnen MOA).
- *Taboedoorkreking, d.m.v. publieksinformatie;*
Doel is het komen tot een aanbod van voorlichting over diverse thema's op het gebied van psychische (on)gezondheid (digitaal, via media, door middel van voorlichtingsbijeenkomsten), zodat meer aandacht en begrip ontstaat voor de problematiek.
- *Het vergroten van het inzicht in de problematiek en in het bereik en de effectiviteit van interventies.*
Onderzoeksafdelingen van GGD en GGZ gaan meer samenwerken. Bij de voorbereiding van grote enquêtes, zoals de ouderenenquête, wordt al samengewerkt. Ten aanzien van bereik en effectiviteit van interventies in de Kop van Noord-Holland zal meer worden samengewerkt. Een gezamenlijk evaluatievoorstel dat in 2007 wordt ontwikkeld is een voorbeeld.

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.

GGZ in relatie tot gezondheidsbeleid

Een van de taken uit Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is de verantwoordelijkheid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg. Sinds 2003 geldt de verplichting dat alle gemeenten eens in de vier jaar in een nota lokaal gezondheidsbeleid vaststellen hoe zij de taken de taken uit de WPCV gaan uitvoeren. Een belangrijke taak dat in dit verband wordt uitgevoerd door de GGD is Gezondheidsvoorlichting –en bevordering (GVO).

Belangrijke partner in de uitvoering van de OGGZ is de Geestelijke Gezondheidsdienst Kop van Noord-Holland (GGZ). De financiering van preventieactiviteiten van de GGZ verandert. Het preventieaanbod krijgt te maken met 3 financieringsstromen: de zorgverzekeringswet (ZVW), de WMO en externe inkomsten. Alle tot individu herleidbare preventie wordt vanaf 2008 gefinancierd vanuit de ZVW. In de WMO zijn negen prestatievelden geformuleerd op basis waarvan diverse preventieactiviteiten zouden kunnen worden aangeboden. Regionaal vindt hierover afstemming plaats. Voor 2008 is, in het kader van de WMO door de GGZ Kop van Noord-Holland een offerte neergelegd die zich richt op de volgende activiteiten.

- Programma Maatschappelijke ondersteuning
 - Maatjesproject
 - Maatschappelijk steunsysteem
- Programma Mantelzorgondersteuning
 - Familievertrouwenspersoon
 - Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP)
- Programma Vroegsignalering Psychische Problematiek Ouderen
 - Vroegsignalering WMO-loketten
- Programma Informatievoorziening en voorlichting

Inzake bovengenoemde offerte vindt separate besluitvorming plaats.

In het kader van het gezondheidsbeleid wensen wij, vooruitlopend op de vaststelling van het aanbod van de GGZ, invulling te geven aan onderstaande preventieactiviteiten. Er zal inzake deze invulling afstemming plaatsvinden met het aanbod van de GGZ.

Activiteiten en producten

Om de geformuleerde doelstellingen te bereiken is een pakket van activiteiten samengesteld. In het onderstaande wordt de activiteit benoemd en de partij die verantwoordelijk is voor de uitvoering daarvan. Dit alles onder gemeentelijke regie.

1. Publieksinformatie (GGZ en GGD)

Regelmatig terugkerende aandacht voor psychische (on)gezondheid moet leiden tot taboedoorbreking en bijdragen aan het vergroten van het bereik van interventies. De publieksinformatie wordt op verschillende manieren aangeboden, o.a. via voorlichtingsbijeenkomsten, digitaal via websites en gezondheidsportal, via kranten e.d. Van 2008 t/m 2010 verzorgt de GGZ in elke gemeente een voorlichtingsbijeenkomst per jaar. Door de GGD wordt per maand 2 uur gezondheidsbevordering besteed aan (digitale) publieksinformatie over dit thema.

2. KOPP-cursus

Als invulling van de subdoelstelling 'vroegtijdige signalering van risicogroepen' wordt door de GGD dringend geadviseerd om in de periode van 2008-2010 de KOPP-cursussen voor een deel te financieren uit het lokaal gezondheidsbeleid. **K**inderen van **O**uders met **P**sychische **P**roblemen vormen een belangrijke risicogroep om zelf psychische problemen te krijgen. KOPP-cursussen zijn bewezen effectieve interventies.

De financiering hiervan staat vanaf 2008 onder druk. Als er meer KOPP-kinderen gesignaleerd worden, moet hiervoor ook aanbod beschikbaar zijn.

In dit uitvoeringsplan wordt rekening gehouden met financiering van één KOPP-cursus in de regio. Er wordt vanuit gegaan dat de financiering vanaf 2011 definitief is geregeld.

3. Groeps cursus Bewegen zonder zorgen (coördinatie GGD)

Doelgroep van deze cursus is: vrouwen met lage SES, overgewicht en beginnende depressieve klachten. Het betreft hier een 'best practice' en de wens is om deze cursus vijf keer per jaar in deze regio uit te voeren. Uitvoering vindt plaats door GGZ, Algemeen Maatschappelijk Werk en sportverenigingen. De GGD coördineert de uitvoering van de cursussen. Deze cursus kan worden ingezet in een interventie gericht op vroegtijdige signalering van risicogroepen.

4. Coördinatie (GGD)

De GGD coördineert de uitvoering door de verschillende partijen, zorgt voor de verslaglegging, neemt het initiatief bij de evaluatie.

Deelnemers

Verschillende organisaties zijn betrokken bij de uitvoering van het uitvoeringsplan. We noemen de 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

In het evaluatievoorstel dat GGZ en GGD gezamenlijk ontwikkelen, zullen de doelstellingen van dit uitvoeringsplan SMART⁴ worden geformuleerd en wordt rekening gehouden met indicatoren van de inspectie. 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, beleidsadviesing, 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.

7.3 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 onder jongeren in de 2 ^e en 4 ^e klas van het voortgezet onderwijs.
* Themabijeenkomst over genotmiddelen door verschillende organisaties GGD, Brijder en politie over roken, alcohol en drugs
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. Wordt (nog) uitgevoerd op Texel.
Setting basisonderwijs

⁴ SMART is een afkorting die gebruikt wordt voor doelstellingen. De afkorting staat voor: specifiek meetbaar acceptabel realistisch tijdgebonden.

<ul style="list-style-type: none"> * 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
<ul style="list-style-type: none"> * 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 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..

- *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 2007 een onderzoek plaats door de GGD onder de 0-12 jarigen waarin vragen over voeding en beweging zijn opgenomen.
Themahoek overgewicht in consultatiebureau 0-4 jarigen
Setting voortgezet onderwijs
Uivoeren van het project Real Fit door Sportservice in samenwerking met diëtisten van Corbis Plus . Wordt niet op Texel uitgevoerd.
Uitvoering van het project de gezonde schoolkantine door de GGD . Wordt op Texel (nog) niet uitgevoerd.
Setting basisonderwijs
Uitvoeren van Sport extra plus op
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 /dorpen
Uitvoeren van activiteiten voor bewegings- en sportstimulering in alle gemeenten door Sportservice 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.

7.4 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 Texel, 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.

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.

Aldus vastgesteld in de openbare vergadering
van 11 december 2007,

De griffier,

De voorzitter,