

g e m e e n t e
Vlist



**Nota Gezondheidsbeleid
Gemeente Vlist
2007 - 2011**

Leeswijzer

Voor u ligt de Nota Gezondheidsbeleid van de Gemeente Vlist voor de periode 2007 – 2011. Deze nota bestaat uit twee delen.

Na de inhoudsopgave leest u in deel 1 de tekst van de Regionale Nota Gezondheidsbeleid Midden-Holland 2007 - 2011, die in 2006 is opgesteld door een projectgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de gemeenten in Midden-Holland en van de GGD Hollands Midden, vestiging Gouda. De visie op gezondheid (hoofdstuk 1), het wettelijk kader (hoofdstuk 2), de regionale gezondheidsgegevens (hoofdstuk 3), de aanbevelingen voor speerpunten en doelgroepen (hoofdstuk 4), de landelijke en regionale ontwikkelingen (hoofdstuk 5) en de betekenis van het regionale beleidsplan voor de samenwerking tussen de gemeenten en de GGD (hoofdstuk 7) zijn de belangrijkste onderwerpen.

Deel 2 is het lokale deel van deze nota. Dit deel start met een terugblik op de activiteiten in het kader van de openbare gezondheidszorg in de Gemeente Vlist in de periode 2003 – 2007 (hoofdstuk 8). Vervolgens leest u in de hoofdstukken 9 t/m 11 op welke wijze de Gemeente Vlist in de periode 2007 – 2011 invulling gaat geven aan de speerpunten: 'bescherming tegen infectieziekten (RVP)', 'gezonde voeding', 'overgewicht', 'overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen', en 'psychosociale problemen bij ouderen en jeugdigen'. Met een tijdplanning en een financieel hoofdstuk sluit het beleidsinhoudelijk gedeelte van deel 2.

Inhoud

Leeswijzer	3
Inhoud	4
DEEL 1 Regionaal	5
Inleiding.....	6
1. Gezondheid en gemeentelijk gezondheidsbeleid.....	8
1.1 Visie op gezondheid	8
1.2 Gemeentelijk gezondheidsbeleid	9
2. Wettelijk kader	10
2.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid.....	10
2.2 Versterking Landelijke Ondersteuningsstructuur	11
3. Gegevens regionale gezondheid Midden-Holland	12
4. Aanbevelingen voor speerpunten en doelgroepen.....	16
4.1 Conclusies en adviezen	18
4.2 Aandachtspunten voor uitwerking van de speerpunten	19
4.3 Aanpak gemeenten	19
5. Relevante landelijke/regionale ontwikkelingen, sturingsmogelijkheden voor gemeenten.....	22
5.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	22
5.2 Zorgverzekeringswet	23
5.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)	23
5.4 Integrale Jeugdgezondheidszorg	25
6. Regionaal plan van aanpak en financiering.....	27
7. Betekenis voor GGD beleidsplan	28
Bronvermelding.....	29
DEEL 2 Lokaal.....	31
8. Terugblik op periode 2003 – 2007.....	32
9. De speerpunten voor de periode 2007 - 2011.....	34
9.1 Bescherming tegen infectieziekten (RVP).....	35
9.2 Gezonde voeding: groente en fruit.....	37
9.3 Overgewicht.....	38
9.4 Overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen.....	39
9.5 Psychosociale problemen bij ouderen en jeugdigen.....	41
10. Tijdplanning	45
11. Financiën	46
Bronvermelding.....	47
Bijlage 1 - Lijst van gebruikte afkortingen.....	48
Bijlage 2 - Verslag themabijeenkomst gezondheidsbeleid.....	49

DEEL 1

Regionaal¹

¹ Tekst Regionale Nota Gezondheidsbeleid Midden-Holland 2007 - 2011

Inleiding

In 2003 zijn de eerste nota's lokaal gezondheidsbeleid in de gemeenten van regio Midden-Holland vastgesteld. In het najaar van 2003 is door het ISMH/GGD geconstateerd, dat er weinig verschil is in de gezondheidssituatie van de gemeenten. De lokaal gekozen speerpunten voor beleid vertonen dan ook veel overeenkomsten.

Door de gemeenten is aangegeven dat zij de GGD door middel van deze nota's willen aansturen. Daartoe moeten alle relevante landelijke en regionale ontwikkelingen in de nota's verwerkt zijn. Dat was niet altijd het geval.

Deze constatering is de aanleiding geweest om bij de tweede nota gezondheidsbeleid (2007-2011) te kiezen voor het opstellen van een regionale nota met ruimte voor een lokale paragraaf.

Over het proces

De bestuurlijke eindverantwoordelijkheid voor de voortgang en de totstandkoming van de nota ligt bij het portefeuillehoudersoverleg zorg van Midden-Holland. De nota moet, na aanvulling met een lokale paragraaf, vervolgens in de afzonderlijke gemeenteraden besproken en vastgesteld worden.

In 2005 is ten behoeve van het opstellen van de nota een projectgroep van gemeenten en GGD in het leven geroepen.

Voor de inhoudelijke voorbereiding en advisering is gebruik gemaakt van de themabijeenkomsten lokaal gezondheidsbeleid (gemeenten (ambtenaren volksgezondheid) / GGD) en zijn de diverse afdelingen en de staf van de GGD betrokken. In juni 2006 is de conceptnota besproken met zorgaanbieders en cliëntenorganisaties.

Over de inhoud

In de regionale nota wordt een voorstel voor speerpunten gedaan. Epidemiologische gegevens, samengevat in het **regionale gezondheidsprofiel**, vormen daar de basis voor. Eén van de wegingcriteria daarbij is de mate waarin regionale samenwerking leidt tot meerwaarde in de zin van een beter resultaat of een efficiëntere aanpak. Gemeenten zouden waar mogelijk in onderlinge samenwerking activiteiten kunnen ontwikkelen.

Er is een aantal ontwikkelingen die richting hebben gegeven aan de inhoud van deze nota.

- De **evaluatie van de huidige lokale nota's 2003- 2007** laat zien dat het opstellen van de nota's niet in alle gevallen heeft geleid tot concrete activiteiten. De meeste nota's waren kadernota's, waarbij het ontbrak aan een concreet uitvoeringsprogramma. Daardoor zijn activiteiten onvoldoende tot stand gekomen. Als andere, belangrijke reden voor de beperkte uitvoering van de nota's worden de beperkte ambtelijke capaciteit en het gebrek aan financiële middelen genoemd.
Ambtelijk wordt dan ook aanbevolen om aan te sluiten bij het huidige beleid, het aantal speerpunten te beperken, duidelijke prioriteiten te stellen en oog te hebben voor de mogelijkheden voor uitvoering.
- In het rapport "Staat van de gezondheidszorg 2005" stelt de **Inspectie Volksgezondheid** vast dat de betrokkenheid van gemeenten bij het gezondheidsbeleid is vergroot en dat – mede dankzij de lokale nota's - de relatie gemeenten –GGD'en is versterkt. De Inspectie constateert echter ook dat er te weinig gebruik gemaakt wordt van bewezen effectieve interventies, al dan niet in combinatie met integraal/ facetbeleid. Ook wordt vastgesteld dat het in veel lokale beleidsnota's ontbreekt aan een uitgewerkt plan van aanpak, waarin planning, financiering en evaluatiemomenten opgenomen zijn.
- Voor het opstellen van de eerste nota's lokaal gezondheidsbeleid verscheen de **landelijke preventienota** voor veel gemeenten te laat: de lokale nota was al vastgesteld. Daardoor kon

geen koppeling gemaakt worden met de speerpunten uit de Rijksnota. De komende landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven' zal naar verwachting in oktober 2006 aan de Tweede Kamer aangeboden worden. De uitwerking valt (vanwege de vervroegde verkiezingen) onder verantwoordelijkheid van het volgende kabinet. De inhoud op hoofdlijnen is echter al wel duidelijk.

Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een meer uitvoeringsgerichte regionale nota, die een aanzet geeft voor de uitwerking van een lokaal en regionaal plan van aanpak, inclusief een financiële paragraaf.

1. Gezondheid en gemeentelijk gezondheidsbeleid

1.1 Visie op gezondheid

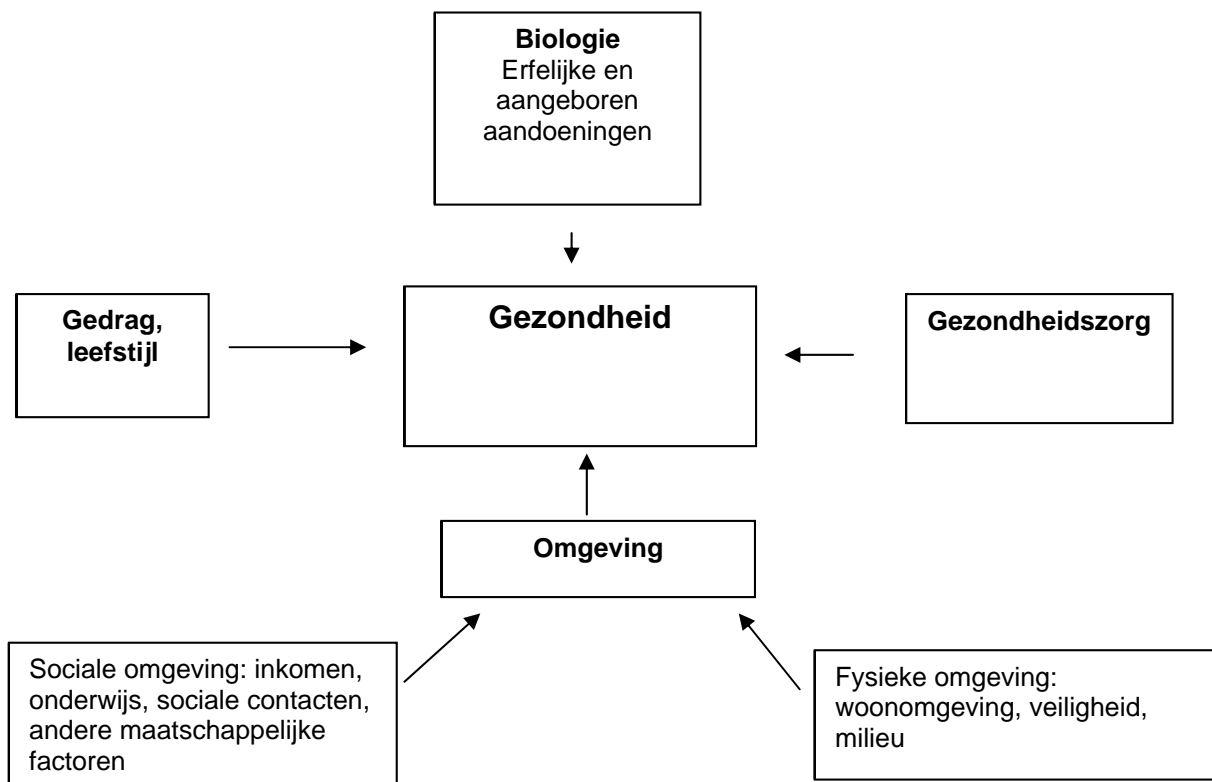
De World Health Organization (WHO) definieert gezondheid als een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Gezondheid is een breed begrip en hangt niet alleen af van de afwezigheid van ziekte en gebrek. In deze visie zijn veiligheid, inkomen, woonomgeving en andere fysieke en sociale factoren die bijdragen aan het 'algemeen welbevinden', basisvoorwaarden voor een goede gezondheid. Partijen die hierbij een rol kunnen spelen zijn de gemeenten, scholen, werkgevers, de zorgsector e.a. Een integrale aanpak van gezondheidsproblemen is dan ook het meest effectief.

Bij het maken van beleid op het gebied van gezondheid is inzicht nodig in de manier waarop je gezondheid van mensen kunt beïnvloeden. Daarbij wordt vaak gebruik gemaakt van het zogenaamde model van Lalonde². In dit model wordt een viertal factoren beschreven die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

- Biologische factoren
- Fysieke en sociale omgeving
- Leefstijl en gedrag
- Gezondheidszorg

Biologische factoren zijn niet beïnvloedbaar door de lokale overheid. Het beïnvloeden van leefstijl, sociale en fysieke omgeving en de gezondheidszorg kan de gezondheid van burgers bevorderen.

Bepalende factoren voor gezondheid (model van Lalonde)



² Lalonde, 1974, A new perspective on the health of Canadians

1.2 Gemeentelijk gezondheidsbeleid

Uitgangspunt voor gemeentelijk gezondheidsbeleid is het waar mogelijk bieden van optimale kansen op gezondheid voor iedereen. Openbare gezondheidszorg is gericht op collectieve preventie: de bescherming, bevordering en bewaking van de volksgezondheid en acute hulpverlening van de bevolking als geheel.

Aan de activiteiten op het gebied van de openbare gezondheidszorg ligt in principe geen individuele, door iemand zelf geformuleerde hulpvraag ten grondslag. Openbare gezondheidszorg vult in feite de reguliere, individugerichte zorg aan. Het gaat daarbij vooral om gezondheid van de samenleving, van risicogroepen en van mensen die tussen wal en schip vallen.

Integraal/facetbeleid

Gezondheid wordt voor een groot deel bepaald door factoren die niet liggen op het veld van gezondheid in enge zin. Met name allerlei sociale- en omgevingskenmerken zijn van invloed op de gezondheidstoestand en –beleving van burgers. Gezondheidsbeleid staat niet op zichzelf maar heeft samenhang met allerlei beleidsterreinen. Gezondheidsbeleid wat zich richt op die samenhang wordt facetbeleid genoemd. Beslissingen die op andere terreinen, zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer, genomen worden, beïnvloeden de gezondheidstoestand van de bevolking. Door een integrale aanpak wordt de kans op een succesvolle aanpak van gezondheidsbeleid verhoogd. Vanwege die samenhang in beleid en de mogelijkheden voor lokale aansturing heeft de gemeente een centrale rol in de openbare gezondheidszorg.

Verkleinen van gezondheidsverschillen

De kansen op een gezond leven zijn niet gelijk verdeeld. Er zijn maatschappelijke processen die ertoe leiden dat sommige mensen meer (gezondheids)risico's lopen dan anderen, minder goed in staat zijn om voor zichzelf te zorgen, minder gebruik kunnen maken van voorzieningen. Juist omdat het met de meeste burgers goed gaat, richt de gemeentelijke overheid zich in haar volksgezondheidsbeleid met name op diegenen die minder kansen hebben en meer bedreigingen ondervinden waar het gaat om hun gezondheid.

Het verkleinen van gezondheidsverschillen is uitgangspunt voor het uitwerken van beleid in concrete thema's en activiteiten. Het beleid kan hieraan getoetst worden.

2. Wettelijk kader

2.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid:

In de Wcpv zijn de verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op gebied van volksgezondheid vastgelegd. De taken voor gemeenten zijn te verdelen in bevorderingstaken en uitvoeringstaken.

Bevorderingsstaken zijn taken waarmee gemeenten permanent aandacht geven aan collectieve preventie. Het gaat om brede, algemene, niet in de eerste plaats ziektegebonden bevordering en bescherming van de volksgezondheid. De gemeente heeft daarbij ook de taak om de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg op elkaar af te stemmen.

Bevorderingstaken zijn:

1. epidemiologie: dit is het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze gegevens worden elke 4 jaar op landelijk uniforme wijze verzameld.
2. bewaken gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen: bij beslissingen van het gemeentebestuur moet meegenomen worden wat de gevolgen van de beslissing zijn voor de volksgezondheid.
3. preventie, o.a. door gezondheidsvoorlichting en – opvoeding: preventieprogramma's bestaan deels uit voorlichting en educatie om de kennis en vaardigheden van burgers te vergroten. Daarnaast hebben gemeenten zelf met name een taak op het gebied van wet- en regelgeving, het inzetten van economische instrumenten en het creëren van een gezonde leefomgeving. Een mix van deze beleidsinstrumenten biedt de meeste kans op het behalen van gezondheidswinst.
4. medisch milieukundige zorg: deze houdt zich bezig met de invloed van het milieu op de gezondheid en heeft hier een gezondheidsbevorderende taak in. De MMK behandelt klachten/vragen over gezondheid in relatie tot milieu. Wanneer bij rampen of calamiteiten gezondheidsrisico's ontstaan adviseert de MMK de GHOR (= geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) over mogelijke gezondheidsrisico's en de te nemen maatregelen.
5. technische hygiënezorg: het betreft het bevorderen van hygiëne en veiligheid op plaatsen waar risicogroepen voor verspreiding van infectieziekten bevinden en/of zich risico's voordoen. Hieronder valt o.a. het toezicht op de kinderopvang, peuterspeelzalen, seks/relaxhuizen.

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg viel ook onder de bevorderingstaken maar wordt overgeheveld van de Wcpv naar de Wmo (met uitzondering van de psychosociale hulp bij rampen).

Uitvoeringstaken zijn taken waarin de gemeente een zwaardere uitvoeringsverantwoordelijkheid heeft:

6. infectieziektebestrijding: deze taak moet de gemeente zelf uitvoeren, met behulp van de GGD. Infectieziektebestrijding kan een belangrijke rol spelen bij het handhaven van de openbare veiligheid. Ook het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en begeleiding behoort tot deze taak.
7. jeugdgezondheidszorg: de gemeenteraad moet zorgen voor het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen, zowel op individueel als op populatieniveau. De inhoud van de JGZ wordt bepaald door het 'Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar'. Dit bestaat uit een uniform deel, wat aan alle kinderen en jongeren wordt aangeboden, en een maatwerkdeel, waarin gemeenten hun keuzes kunnen laten aansluiten bij de lokale gezondheidsproblematiek.

De uitvoering van de Wcpv taken gebeurt voor het grootste deel door de GGD.

2.2 Versterking Landelijke Ondersteuningsstructuur

Het ministerie van VWS werkt momenteel aan de totstandkoming van een rijksnota preventie die in oktober 2006 naar de Tweede Kamer zal worden verstuurd. In deze nota worden de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie weergegeven. Deze nota bouwt voort op de 1^{ste} preventienota uit 2003. Door de preventienota interdepartementaal en in overleg met het veld tot stand te brengen wil de overheid draagvlak voor de inhoud van de nota laten ontstaan. Ook is het doel om consensus te bewerkstelligen over welke partij welke rol heeft in het aanpakken van de speerpunten en de landelijke, regionale en lokale samenwerking te versterken. In de nota komen concrete doelstellingen te staan, zoveel mogelijk te realiseren met de toepassing van effectieve interventies op basis van samenwerkingsafspraken.

Hoewel de preventienota op moment van schrijven van de regionale nota nog niet gereed is, is er op een aantal punten al wel duidelijkheid. De volgende speerpunten zijn gekozen: Roken, Overgewicht, Depressie, Alcohol en Diabetes. Daarnaast zijn vijf settings gekozen: wijk, werk, zorg, school en sport. Gekozen doelgroepen zijn: Jeugd, mensen met een lage sociaal economische status (SES) en beroepsbevolking. Het is de bedoeling van het ministerie van VWS dat de inhoud van de 2^e reeks gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid beter aansluit bij de rijksnota preventie.

Het ministerie van VWS werkt daarnaast aan de vorming van een aantal landelijke kenniscentra onder de vlag van het RIVM. Deze kenniscentra moeten ondermeer de uitvoering van taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg gaan ondersteunen. Het ministerie streeft ernaar dat ook de GGD'en in vijf bovenregionale samenwerkingsverbanden gaan samenwerken.

In een recent rapport (VNG-visienota over de rol van de gemeenten in de openbare gezondheidszorg, feb. 2006) stelt de VNG, gelet op bovenstaande ontwikkelingen, de vraag in hoeverre gemeenten nog ruimte zullen hebben voor het voeren van lokaal beleid. De VNG is van mening dat de openbare gezondheidszorg bij uitstek een verantwoordelijkheid is van de gemeenten.

In hoofdstuk 4 wordt het verband tussen regionale nota en de landelijke preventienota nader uitgewerkt.

3. Gegevens regionale gezondheid Midden-Holland

Belangrijke input voor de regionale nota wordt geleverd door het Regionaal Gezondheidsprofiel Midden-Holland 2006, dat door de GGD is opgesteld. Het betreft een regionaal profiel, dat betekent dat gezondheidsgegevens op het niveau van Midden-Holland gepresenteerd worden en niet afzonderlijk per gemeente. Op het moment dat de lokale paragrafen door gemeenten ingevuld gaan worden, zal de GGD de belangrijkste gezondheidsgegevens en demografische gegevens per gemeente leveren.

Er zijn diverse gegevensbronnen gebruikt voor dit gezondheidsprofiel:

- om een goed beeld te schetsen van de situatie in Nederland (ter vergelijking met Midden-Holland) en voor achtergrondgegevens over gezondheid en leefstijl is veel gebruik gemaakt van informatie die door het RIVM via internet ter beschikking is gesteld.
- de GGD Midden-Holland heeft zowel in 2002 als in 2005 een gezondheidsenquête gehouden onder de bevolking van 18 tot 65 jaar in de regio. In 2005 is daarnaast ook een enquête uitgezet onder de inwoners van 65 jaar en ouder. Resultaten uit deze enquêtes zijn zoveel mogelijk verwerkt in het gezondheidsprofiel.
- de afgelopen jaren heeft de GGD naast de gezondheidsenquêtes diverse andere onderzoeken uitgevoerd (in eigen beheer of in samenwerking met landelijke onderzoeksinstituten), waarbij specifieke onderwerpen aan bod zijn gekomen. Voorbeelden zijn een onderzoek naar overgewicht bij kinderen in Midden-Holland of onderzoek naar genotmiddelengebruik onder scholieren of naar jongeren en seksualiteit. Ook deze resultaten zijn opgenomen in het profiel.

De onderstaande samenvatting beperkt zich tot de voor gezondheidsbeleid relevante en opvallende gegevens. Het volledige profiel is beschikbaar bij de GGD.

Bevolking

Midden-Holland heeft een bevolking van iets meer dan 240.000 mensen. Vergeleken met landelijke gemiddelden wonen er relatief veel kinderen en jongeren tot 19 jaar, terwijl de leeftijdsgroep 20 tot 30 jaar minder vertegenwoordigd is. Het percentage ouderen ligt met 13,1 in 2005 nog steeds onder het landelijk gemiddelde (14,1) maar Midden-Holland vergrijst sneller dan Nederland gemiddeld.

Allochtonen

Zowel landelijk als regionaal vindt een stijging plaats in het aantal inwoners van niet-westerse afkomst. In Midden-Holland was in 2000 6,5% van de inwoners van niet-westerse afkomst, in 2005 is dit 7,4%. In Midden-Holland wonen relatief veel Marokkanen, zij vormen dan ook de grootste groep allochtonen (29,6% van het totaal aantal allochtonen). Ter vergelijking; in Nederland is 10,1% van de allochtonen van Marokkaanse afkomst. Voor de niet-westerse allochtonen geldt dat zij een jongere bevolkingsgroep vormen, bijna 40% is jonger dan 20 jaar en slechts 3% is 65+. Hierdoor vormen zij ook een snel groeiende bevolkingsgroep.

Vergrijzing

Eén van de belangrijkste landelijke ontwikkelingen is de vergrijzing. In Midden-Holland zal tussen 2001 en 2030 het aantal ouderen in de groep 75 jaar en ouder verdubbelen. De verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar en ouder en het aantal personen tussen de 20 en 65 jaar, is in Midden-Holland gestegen van 18,1 ouderen op 100 20-65 jarigen in 1995 tot 21,7 in 2005. Hierdoor komt Midden-Holland steeds dichterbij het landelijk gemiddelde van 22,8.

Onder ouderen komen bepaalde ziektes vaker voor dan onder jongeren. Dit geldt bijvoorbeeld voor hart- en vaatziekten, artrose, gezicht- en gehoorstoornissen, diabetes en angststoornissen/depressie.

Dit heeft gevolgen voor de vraag naar en het gebruik van de gezondheidszorg. Ook heeft de vergrijzing gevolgen voor beleid op gebied van wonen, zorg en welzijn.

Gezondheid en sterfte

Lichamelijke gezondheid

In 2005 ervaart 89% van de bevolking in Midden-Holland tussen 18 en 65 jaar hun eigen gezondheid als goed tot uitstekend, dit betekent ook dat 11% deze als matig tot slecht ervaart. Kwetsbare groepen zijn alleenstaanden (21% ervaart gezondheid als matig tot slecht) en mensen met een lage SES (16% ten opzichte van 8% voor mensen met een hoge SES)

In 2005 heeft 53% van de mensen tussen 18 en 65 jaar aangegeven last te hebben gehad van een of meer langdurige aandoeningen. Migraine en ernstige hoofdpijn zijn de meeste genoemde klachten.

Psychosociale gezondheid

Psychische (on)gezondheid is het gevolg van de complexe relatie tussen verschillende persoonlijkheidskenmerken en andere biologische factoren (genetische factoren, somatische factoren). Daarnaast spelen ook sociale en fysieke factoren een belangrijke rol bij het risico op het ontstaan van psychosociale stoornissen.

In de gezondheidsenquête van 2005 is ook aandacht besteed aan de psychische gezondheid. Hieruit blijkt dat één op de zes volwassenen tussen de 18 en 65 jaar psychisch licht tot ernstig ongezond is. Dit percentage is voor vrouwen iets hoger dan voor mannen (18% tegen 13%). Het aantal mensen dat psychisch licht tot ernstig ongezond is, is in alle leeftijdscategorieën even hoog en ook tussen mensen met een hoge of een lage SES zijn geen verschillen te zien.

Eenzaamheid, angststoornissen en depressie zijn klachten/aandoeningen die onder psychosociale problematiek te vatten zijn.

Eenzaamheid

Uit de gezondheidsenquête van 2005 blijkt dat 35% van de inwoners van Midden-Holland tussen de 16 en 65 jaar wel eens eenzaam is, en 7% ernstig eenzaam (in 2002 was dit respectievelijk 37% en 5%). Er is nauwelijks verschil tussen mannen en vrouwen en tussen mensen met een hoge en lage SES. Opvallend is ook dat onder alle leeftijdsgroepen 7% van de inwoners ernstig eenzaam is. Van de ouderen kampt 8% met (zeer) ernstige eenzaamheid, één of de drie ouderen noemt zichzelf matig eenzaam. Gezien de verwachte toename van de vergrijzing zal eenzaamheid onder ouderen in absolute zin toenemen. Het percentage (ernstig) eenzame ouderen verschilt niet tussen mannen en vrouwen en verschilt ook niet tussen ouderen tot en ouderen vanaf 75 jaar. Wel blijkt dat meer ouderen met een lage SES te maken hebben met (zeer) ernstige eenzaamheid.

Angststoornis/depressie

Resultaten uit de gezondheidsenquête laten zien dat in Midden-Holland bij 32% van de inwoners tussen de 18 en 65 jaar sprake is van een licht risico op een angststoornis of een depressie. Bij 5% is zelfs sprake van een zwaar risico. Met name jongere vrouwen (19-34 jaar) lopen risico. Van de ouderen in Midden-Holland loopt ook 5% een ernstig risico op één van deze aandoeningen, voor 32% geldt dat zij hierop een matig risico lopen. Cijfers voor ouderen en volwassenen komen dus overeen. Bij ouderen lopen vrouwen een groter risico dan mannen. Ook lopen ouderen met een lage SES een groter risico.

Uit onderzoek is gebleken dat 21% van de kinderen van 0 tot 12 jaar te maken heeft met psychosociale problemen (komt overeen met landelijke percentage). Ervaringen van de afdeling JGZ van de GGD Hollands-Midden leren dat ongeveer 15 tot 20% van de jongeren van 13-15 jaar een risico loopt op psychosociale problemen.

Er bestaan geen gegevens over het vóórkomen van psychosociale problemen bij de Marokkaanse doelgroep in Midden-Holland maar uit landelijk onderzoek blijkt dat zij vaker te maken hebben met deze problematiek.

Verlies aan gezonde levensjaren

Landelijke cijfers tonen aan dat de meeste ziektelast wordt veroorzaakt door hart- en vaatziekten, kanker en psychische stoornissen. Binnen verschillende leeftijdscategorieën spelen verschillende aandoeningen een belangrijke rol:

Kinderen: aangeboren afwijkingen, ongevallen, infectieziekten, ziekten van de ademhalingswegen, huidziekten en psychische stoornissen,

Jongeren en jongvolwassenen: psychische aandoeningen (alcoholafhankelijkheid, angststoornissen, depressie, suïcide)

Middelbare leeftijd en ouderen: hart en vaatziekten, kanker en psychische stoornissen.

Leefstijl

Roken

Het percentage rokers in Midden Holland is, net als elders in Nederland, gedaald: van 37 % in 1992 naar 27% in 2005. De daling vindt vooral plaats bij de hoge SES groepen, onder lage SES groepen zijn de meeste rokers te vinden en het verschil tussen lage en hoge SES is groter geworden. Ook onder jongeren in Midden-Holland is het aantal actuele rokers (maand vóór het onderzoek) gedaald (22% in 1991 naar 18% in 2003). Het aantal rokende jongeren neemt af met toenemend opleidingsniveau.

De daling van het aantal rokers in de 21^e eeuw is voor een deel te verklaren door een sterker preventiebeleid de laatste jaren. Zo zijn reclame en sponsoring verder aan banden gelegd, is de verkoop aan jongeren onder de 16 jaar beperkt en zijn de rookverboden in het openbaar vervoer en op de werkplek aangescherpt.

Alcoholgebruik

In Midden-Holland lijkt het aantal volwassenen dat alcohol gebruikt de laatste jaren te zijn gestabiliseerd (na een eerdere toename de jaren daarvoor). Alleen het aantal zware drinkers lijkt iets gestegen te zijn.

Onder jeugdigen is juist een toename van het alcoholgebruik te zien: in Midden-Holland lag het percentage jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken in 1999 nog onder het landelijk gemiddelde (66% tegen 74%), in 2003 is van deze 'achterstand' geen sprake meer (84% en 85%). Het aantal actuele drinkers (laatste maand) is in vier jaar gestegen van 13% naar 61%. Vooral het alcoholgebruik onder scholieren jonger dan 15 jaar is toegenomen, met name bij meisjes. In 2003 heeft driekwart van hen wel eens gedronken, in 1999 was dit nog ongeveer 50%. Voor het basisonderwijs geldt dat 47% van de kinderen al eens alcohol heeft gedronken, dit is een verdubbeling ten opzichte van 1999. Breezers en premixen zijn populaire drankjes onder jonge scholieren en onder meisjes van alle leeftijden. Jongens boven de 13 jaar drinken het liefst bier. Gegevens over 'binge drinken' (vijf of meer alcoholische dranken op één avond) in Midden-Holland zijn niet beschikbaar maar landelijke cijfers tonen een verontrustend beeld.

Overgewicht, lichamelijke activiteit en voeding

Overgewicht

Volgens cijfers van de gezondheidsenquête van 2002 had 42% van volwassenen overgewicht, waarvan 8% ernstig overgewicht. In 2005 zijn deze percentages gestegen naar 44% en 10%. Dit betekent een stijging van 2% procent in 3 jaar.

Uit de recent uitgevoerde ouderenenquête blijkt dat 61% van de ouderen in Midden-Holland kampt met overgewicht, daarvan is bij 13% sprake van ernstig overgewicht. Overgewicht komt in deze groep dus vaker voor dan bij volwassenen. De invloed van SES op overgewicht is in deze groep kleiner. Onder jeugdigen is sprake van een sterkere toename van overgewicht. Sinds eind jaren '80 wordt door de afdeling Jeugdgezondheidszorg gegevens verzameld over overgewicht bij kinderen die voor een periodiek gezondheidsonderzoek komen. In Midden-Holland is het aantal kinderen met overgewicht in de afgelopen 15 jaar verdriedubbeld. Meisjes hebben in het algemeen vaker overgewicht dan jongens, vooral op jonge leeftijd. Verder vormen kinderen met een lage en middelhoge SES en Marokkaanse kinderen een risicogroep. Onder deze groepen kinderen komt overgewicht vaker voor.

Lichamelijke activiteit

Het aantal mensen in Nederland dat voldoende beweegt is sinds 1975 gedaald, de laatste 5 jaar is dit echter constant gebleven. Ook in Midden-Holland geldt dat de helft van de volwassenen tussen 18 en 65 jaar niet voldoende beweegt, dit geldt ook vaker voor mannen (56%) dan voor vrouwen (45%). Daarbij komt dat 48% niet aan sport doet. Dit laatste geldt vooral voor mensen met een lage SES (64% tegen 40% hoge SES).

Aanbod van eerstelijnszorg

In de eerstelijnszorg wordt in Midden-Holland voor 2010 een tekort verwacht aan huisartsen, zodanig dat ongeveer 20.000 inwoners van de regio geen huisartsenzorg zullen ontvangen. Dit tekort ontstaat door een afnemend aanbod (uitstroom) en een juist groeiende vraag naar huisartsenzorg (vergrijzing). Op dit moment gaat 65% van de volwassenen tot 65 jaar in Midden-Holland jaarlijks naar de huisarts, voor ouderen ligt dit percentage op 83%.

Naast de huisarts wordt in 2010 ook een tekort verwacht aan tandartsenzorg. Voor Midden-Holland geldt dat 81% van volwassenen tot 65 jaar in 2005 naar de tandarts is geweest, onder ouderen is dit 51%.

4. Aanbevelingen voor speerpunten en doelgroepen

Zoals al eerder vermeld is er voor de tweede nota gezondheidsbeleid (2007-2011) gekozen voor het opstellen van een regionale nota met ruimte voor een lokale paragraaf. Dit omdat er weinig verschil is in de gezondheidssituatie van de gemeenten en ook de, voor de huidige periode, gekozen speerpunten veel overeenkomsten vertonen.

Met de ambtenaren volksgezondheid van de 13 gemeenten is een aantal bijeenkomsten gehouden waarin thema's van het gezondheidsbeleid besproken zijn. In de laatste bijeenkomsten is gewerkt aan een voorstel voor speerpunten in de regionale nota.

Voor het doen van aanbevelingen voor regionale speerpunten zijn de volgende wegingsfactoren leidend geweest:

- ernst en omvang van de betreffende problematiek in de regio Midden-Holland (o.a. gegevens regionaal gezondheidsprofiel);
- mogelijkheden voor gebruik maken van 'best practices' (interventies waarvan goede resultaten verwacht worden, gericht op risicogroepen) en meetbare resultaten (in het algemeen zijn er tot op heden nog weinig *bewezen* effectieve interventies);
- aansluiting bij het huidige lokale gezondheidsbeleid van de gemeenten in Midden-Holland;
- aansluiting bij relevante ontwikkelingen (lokaal, regionaal en landelijk);
- beschikbaarheid van financiële middelen (voldoende draagvlak voor aanpak van de problemen);
- de mate waarin een regionale aanpak een meerwaarde (beter resultaat / efficiëntiewinst) oplevert.

Op basis van het huidige gezondheidsbeleid en in ambtelijk overleg zijn in eerste instantie de volgende aandachtspunten voor gezondheidsbeleid genoemd:

- a. Overmatig alcoholgebruik;
- b. Overgewicht;
- c. Roken;
- d. Psychosociale problematiek;
- e. Toegankelijkheid van de zorg (informatievoorziening, sociale kaart, loket);
- f. Voldoende aanbod van eerstelijnszorg.

De eerste drie punten zijn zogenaamde leefstijlfactoren. Overmatig alcoholgebruik, overgewicht en roken zijn risicofactoren die een bedreiging vormen voor de gezondheid. Uit het regionale gezondheidsprofiel blijkt dat Midden-Holland hierin niet afwijkt van de landelijke tendens. Psychosociale problematiek wordt in de huidige nota's gezondheidsbeleid niet altijd zo genoemd. Wel besteden veel gemeenten aandacht aan eenzaamheid bij ouderen, psychosociale problemen bij jeugd en opvoedingsproblemen. Hieronder wordt ieder punt toegelicht.

Ad a: **Overmatig alcoholgebruik**

Het overmatig alcoholgebruik onder volwassenen lijkt de laatste jaren te stabiliseren. Er zijn wel meer zware drinkers. Onder jeugdigen is het alcoholgebruik echter flink gestegen. Er wordt niet alleen meer gedronken maar jeugdigen beginnen ook steeds jonger met het drinken van alcohol. Ook jongere kinderen kopen zélf alcohol terwijl de leeftijdsgrens voor verkoop op de 16 jaar ligt. Toezicht op de verkoop aan jongeren is dus een mogelijk aandachtspunt. Het drinken van meer dan 5 glazen alcohol per avond door jongeren (het zgn. binge drinken) wordt als een toenemend probleem gezien. Bij gezondheidsbevorderende activiteiten kan extra aandacht besteed worden aan de invloed van de

sociale omgeving (ouders en vrienden). Risicogroepen verdienen extra aandacht, zoals kinderen van 10/11 jaar op het basisonderwijs en jongeren van 12/13 jaar in het voortgezet onderwijs, omdat juist onder deze groep het alcoholgebruik toeneemt.

Ook landelijk wordt aandacht gevraagd voor het overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen.

In de regio Midden-Holland vinden al diverse preventieactiviteiten plaats. Zo voeren Parnassia en de GGD voorlichtingsprogramma's uit op scholen.

Ad b: **Overgewicht**

Het aantal mensen met overgewicht groeit nog steeds. In Midden-Holland is er bij volwassenen in drie jaar een toename van 2 à 3 % te zien. Bij de jeugd wordt gesignaleerd dat het aantal kinderen met overgewicht de afgelopen 15 jaar verdrievoudigd is. In deze groep is de snelste stijging te zien. Kinderen met een lage/ middelhoge sociaal-economische status en kinderen van Marokkaanse afkomst vormen hierin een extra risicogroep.

Preventie interventies zouden zich moeten richten op een brede range van oorzaken voor overgewicht:

- positief beïnvloeden van persoonsgebonden factoren (kennis, attitude, zelfeffectiviteit)
- stimuleren van fysieke en sociale omgevingsfactoren die een gezonde keuze (meer bewegen, gezonde voeding) makkelijker maken

Specifieke aandacht is nodig voor risicogroepen als mensen met een lage sociaal-economische status, mensen van Marokkaanse afkomst en kinderen.

In Midden-Holland wordt door 10 gemeenten in samenwerking met de GGD het programma 'Lijf in Balans' uitgevoerd. De interventies van het programma zijn een mix van voorlichting en educatie, wet- en regelgeving en het creëren van een gezonde leefomgeving. In Waddinxveen wordt met inzet van NIGZ en GGD een pilotproject uitgevoerd dat zich richt op het realiseren van een integrale intersectorale samenwerking op het terrein van preventie van overgewicht.

Ad c: **Roken**

Roken is onder volwassenen iets gedaald en lijkt zich onder jongeren te stabiliseren. Roken vormt wel één van de grootste risicofactoren voor het ontwikkelen van hart en vaatziekten. De landelijke preventieve inzet (zoals het aan banden leggen van reclame) en bijvoorbeeld de aanpassing van de tabakswet heeft tot resultaat geleid. Gemeenten zijn mede verantwoordelijk voor de uitvoering van dit beleid. Huidige activiteiten op het gebied van roken zijn ondermeer voorlichtingsactiviteiten op scholen (Parnassia en GGD) en groepstrainingen 'Stoppen met roken' (GGD in samenwerking met Transmuraal Centrum). Voortzetting van het huidige aanbod is wenselijk teneinde het behaalde effect verder positief te beïnvloeden of minimaal te behouden.

Ad d: **Psychosociale problematiek**

Het voorkomen/verminderen van eenzaamheid onder ouderen was een speerpunt dat in veel lokale nota's werd genoemd. Gezien de verwachte toenemende vergrijzing blijft aandacht voor deze groep nodig. Bestaande activiteiten in veel gemeenten zijn die van ondermeer de Stichting Welzijn (Ouderen), gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid en het welbevinden van ouderen (signalerende huisbezoeken, ouderenadviseur, ontmoetingsmogelijkheden etc.). GGZ Midden-Holland voert, in samenwerking met Kwadraad, activiteiten uit gericht op vermindering van depressie en eenzaamheid onder ouderen.

Ten aanzien van jeugd wordt landelijk ingezet op een vroege signalering van de psychosociale problematiek. De jeugdgezondheidszorg speelt een belangrijke rol in het onderkennen van psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen. Een vroege signalering en inzet van preventieve interventies kan escalatie van problemen voorkomen. Op dit punt liggen veel raakvlakken met het jeugdbeleid en is afstemming van beleidsterreinen (onderwijs, veiligheid, zorg, werk en vrije tijd) van groot belang. Diverse instellingen in de regio zijn betrokken bij de preventie van psychosociale

problematiek bij jeugdigen zoals het Bureau Jeugdzorg, Jeugdgezondheidszorg (GGD en Vierstroom), JSO, Parnassia, Stichting Kwadraad en GGZ Midden-Holland. Gemeente Gouda is het project 'netten boeten' gestart dat zich richt op het komen tot een sluitende keten van jeugdzorg. Met behulp van regionale financiële middelen van de Regionale Agenda Samenleving (RAS-middelen) wordt onderzocht op welke wijze dit verbreed kan worden naar de gemeenten in de regio Midden-Holland.

Ad e: **Toegankelijkheid van de zorg**

Het is van belang dat de burger de weg naar de zorg weet te vinden. In het kader van de Wmo moeten gemeenten een loket inrichten. Het ontwikkelen van een (regionale) sociale kaart met informatie over het aanbod op het gebied van wonen, zorg en welzijn, is een belangrijk middel om te zorgen dat de informatievoorziening goed verloopt en dat de juiste zorg gevonden wordt. In het Pact van Savelberg en in een aantal gemeenten wordt aandacht aan de toegankelijkheid van de zorg besteed (zorgwelzijnskruispunten, facilitering huisvesting etc). In afwachting van de ontwikkelingen in de Wmo wordt dit punt hier niet nader uitgewerkt. Wel wordt toegankelijkheid van de zorg als een relevante randvoorwaarde gezien in het gezondheidsbeleid en wordt de aanbeveling gedaan preventieve activiteiten in de regionale sociale kaart op te nemen.

Ad f: **Voldoende aanbod van eerstelijnszorg**

In een aantal gemeenten zijn er nog onvoldoende huisartsen. Door de toenemende vergrijzing zal de druk op de huisartsenpraktijken ook groter worden. Het is van belang dat een bredere visie op de eerstelijnsgezondheidszorg ontwikkeld wordt, waarin naast de uitvoering van de huisartsenzorg (bijvoorbeeld in een HOED: huisartsen onder één dak) ook de ontwikkeling van woonzorgzones en mogelijk gezondheidscentra betrokken wordt.

4.1 Conclusies en adviezen

Uit het gezondheidsprofiel blijkt dat er een flinke stijging te zien blijft ten aanzien van overgewicht en overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen. Ook de mate waarin psychosociale problematiek voorkomt baart zorgen.

Roken is één van de belangrijkste risicofactoren maar de regionale mogelijkheden voor een bijdrage aan de preventie zijn beperkt.

Wat betreft de toegankelijkheid van de zorg en het aanbod in de eerstelijnszorg speelt de aanpak zich vooral op lokaal niveau af en is die aanpak mede afhankelijk van ontwikkelingen in de Wmo.

Adviezen voor speerpunten

Gezien bovengenoemde overwegingen zal het regionaal gezondheidsbeleid zich met name richten op:

- 1. overmatig alcohol gebruik onder jeugdigen;**
- 2. overgewicht;**
- 3. psychosociale problematiek bij ouderen en bij jeugdigen.**

Deze speerpunten vallen samen met de voorgestelde speerpunten uit de landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Landelijk wordt ingezet op het gebruik van effectieve interventies en best practices. Voor een samenhangend beleid moet een koppeling gemaakt worden tussen de landelijke inzet en ondersteuning, de mogelijkheden voor regionale samenwerking en de lokale uitwerking.

De keuze voor de doelgroep ouderen wijkt af van de doelgroepen die in de landelijke preventienota benoemd worden (lage sociaal-economische status, beroepsbevolking en jeugd).

Ook in de 1^{ste} reeks nota's werden ouderen in veel gemeenten als doelgroep benoemd. Het regionaal gezondheidsprofiel laat zien dat de regio in een hoge mate vergrijsd, sneller dan de rest van Nederland. Preventieve activiteiten voor ouderen blijven daarmee een aandachtspunt.

4.2 Aandachtspunten voor uitwerking van de speerpunten

Input zorgaanbieders en cliëntenorganisaties

Op 13 juni 2006 is door de gemeenten een bijeenkomst voor regionale zorgaanbieders en cliëntenorganisaties georganiseerd. Bij die gelegenheid hebben zij kennis genomen van het voorgenomen beleid en hebben aandachtspunten voor uitwerking van de speerpunten geformuleerd.

Overgewicht

Ten aanzien van overgewicht heeft aanpak bij de jeugd de meeste kans op succes. Interventieprogramma's voor kinderen met (dreigend) overgewicht moeten aandacht schenken aan voeding, beweging, psychosociale aspecten en opvoeding. Daarnaast zijn collectieve preventieprogramma's nodig die ouders en kinderen bewust maken van de risico's van overgewicht en gezond eten en bewegen stimuleren. Het is belangrijk dat programma's financieel toegankelijk zijn. Het belang van een integrale aanpak wordt benadrukt: bijvoorbeeld de afdeling ruimtelijke ordening (aanleg speelgelegenheden voor kinderen) en de afdeling onderwijs (stimuleren gezonde school).

Overmatig alcoholgebruik

Als belangrijk aangrijpingspunt voor de aanpak van overmatig alcoholgebruik worden de ouders genoemd: drankgebruik op zich is een geaccepteerd verschijnsel en het eerste glas alcohol drinken kinderen vaak thuis. Goede voorlichting over de effecten van alcohol en ondersteuning van ouders op dit punt is belangrijk om overmatig drankgebruik te voorkomen.

Het ontwikkelen van een ketenbenadering wordt benadrukt: instellingen en organisaties weten vaak nog onvoldoende wat ze voor elkaar kunnen betekenen (bijvoorbeeld school, huisarts, Parnassia). Een laagdrempelige aanpak wordt aanbevolen. Een coördinatiepunt zodat een mix van activiteiten uitgezet kan worden is van belang. Gemeenten voeren hier de regie over.

Psychosociale problematiek

Het is niet altijd duidelijk op welk moment je bij iemand kan spreken van psychosociale problematiek. Een tijdige signalering van (dreigende) problemen is van belang om escalatie te voorkomen. Ten aanzien van kinderen vervult de jeugdgezondheidszorg een belangrijke rol in de signalering. Er zijn diverse zorgnetwerken rondom jeugd. Ook ten aanzien van psychosociale problematiek wordt het totstandbrengen van een preventieketen en het aan elkaar verbinden van zorgnetwerken genoemd om te komen tot een effectieve aanpak, zowel voor jeugd als voor ouderen. Mensen blijven daardoor beter in beeld en bij een eventuele terugval kan adequater en sneller gereageerd worden. Voor het bereiken van risicogroepen is een wijkgerichte aanpak of een aanpak waarbij school betrokken is van belang. Dicht bij de eigen leefomgeving en laagdrempelig. De financiering van de GGZ-preventie wordt door de instellingen als aandachtspunt voor beleid genoemd.

4.3 Aanpak gemeenten

Uitgangspunten

Gezondheidsvraagstukken moeten door gemeenten niet sectoraal, maar probleem-/ vraagstukgericht worden opgepakt. Daarbij komen voor gemeenten dan ook meer wetten in beeld zoals de nieuwe Wmo. Ook hierbij geldt dat voldoende bestuurlijke steun voor de integrale aanpak een voorwaarde is voor het succesvol aanpakken van gezondheidsvraagstukken.

a. Integrale benadering

Gezondheid wordt beïnvloed door veel verschillende factoren. Deels zijn dit factoren waarop beleid geen invloed heeft zoals persoonskenmerken en genetische kenmerken. Andere factoren zijn wel door beleid te beïnvloeden, bijvoorbeeld leefstijl, fysieke en sociale omgeving en de gezondheidszorg. Uit ervaring blijkt dat een succesvolle aanpak van gezondheidsproblemen een integrale samenwerking behoeft waarbij de beleidsvelden volksgezondheid, wonen, werken, verkeer, sociale zaken en onderwijs bij betrokken dienen te worden. Daarnaast is bekend dat de inzet van de zogenaamde 'instrumentenmix' meer succes beoogt. Hierbij worden instrumenten op het gebied van voorlichting en educatie, gecombineerd met economische en juridische instrumenten en met maatregelen om een gezonde leefomgeving te creëren.

b. Verkleinen van gezondheidsverschillen

In paragraaf 1.2 is aangegeven dat het gemeentelijk beleid zich zal richten op diegenen die minder kansen hebben en meer bedreigingen ondervinden waar het gaat om hun gezondheid. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2006 laat zien dat gezondheid nauw verweven is met de sociaal-economische positie: oude stadswijken en gebieden met een lage sociaal-economische status laten gezondheidsachterstanden zien ten opzichte van gebieden waar de levensstandaard hoger is. Mensen met een lage sociaal-economische status, mensen van allochtone afkomst en kwetsbare ouderen hebben niet altijd de mogelijkheid om een bewuste keuze te maken voor gezond gedrag.

Een integrale aanpak die aandacht besteedt aan het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen is aan te bevelen. Bij het uitwerken van de speerpunten in concrete activiteiten zal getoetst moeten worden of deze activiteiten bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Hieronder wordt voor de gekozen speerpunten een aantal voorbeelden van maatregelen gegeven, die gemeenten kunnen nemen in het kader van deze integrale aanpak.

Voorbeelden van beleidsmaatregelen

Overmatig alcoholgebruik (naar instrument)

Instrument	Mogelijke maatregel
Communicatief	Beperking promotie en reclame voor alcohol
Economisch	Subsidies voor ontmoedigende maatregelen in b.v. sportkantines
Juridisch	Toezicht op naleving alcoholwetgeving Alcoholcontroles

Overgewicht (naar sector)

Sector	Mogelijke maatregel
Onderwijs	Deskundigheidsbevordering van leerkrachten over het belang van voeding en beweging Regelgeving over minimale hoeveelheid bewegingsonderwijs, organiseren van voor- en naschoolse bewegingsactiviteiten op school, Gezond kantinebeleid stimuleren
Sport	Gratis of gereduceerde tarieven voor sport voor bepaalde groepen wijkbewoners, via b.v. het verstrekken van een sportpas of via een kennismakingsaanbod. Gezond kantinebeleid stimuleren
Ruimtelijke ordening/verkeer en vervoer	Realiseren van sportruimte in (achterstands)wijken ((schone) balveldjes, <u>actieve</u> hangplekken, goede verlichting) Zorgdragen voor een goede en veilige woonomgeving waarbij voorrang wordt gegeven aan maatregelen die lichamelijke activiteiten bevorderen (veilige fiets- en wandelpaden) Vergunningenbeleid t.a.v. nieuwe snackbar in omgeving van scholen
Zorg en welzijn	Stimuleren van het gebruik van opgestelde richtlijnen voor signalering, advisering en hulpverlening aan kinderen met overgewicht en obesitas

Depressiepreventie (naar sector)

Sector	Mogelijke maatregel
Onderwijs	Inzet leerplichtambtenaren bij schooluitval bij signalering psychosociale problematiek Deskundigheidsbevordering m.b.t. signalering psychosociale problematiek aan leerkrachten Opzetten signaleringsketen voor zorg en onderwijs
Sport	Bevorderen deelname aan sportactiviteiten
Zorg en Welzijn	Versterken signalering/ screening Voorlichting (bijvoorbeeld over pesten, opvoedingsproblemen) Bevorderen van sociale weerbaarheid bij risicogroepen (bijvoorbeeld verminderen inactiviteit, deelname aan sociale activiteiten, dagbesteding) Eenzaamheidspreventie onder ouderen
Ruimtelijke ordening	Zorgdragen voor veilige, uitdagende en stimulerende woonomgeving.
Sociaal beleid	Armoedebeleid, verbeteren materiële leefomstandigheden

(Her)inrichting van wijken/Gezond bouwen

In veel gemeenten ontstaan nieuwe wijken of worden oude wijken nieuw ingericht. Er is veel gezondheidswinst te behalen bij de inrichting van de wijk. In een verkeers- en sociaal veilige woonomgeving zullen mensen meer geneigd zijn te gaan bewegen en zich prettiger voelen. Ook met het veilig plaatsen, bouwen en inrichten van een woning is gezondheidswinst te behalen. Zo worden bijvoorbeeld gezondheidsproblemen voorkomen als men al bij de aanbouw van een woning rekening houdt met voldoende ventilatiemogelijkheden.

5. Relevante landelijke/regionale ontwikkelingen, sturingsmogelijkheden voor gemeenten.

De volgende landelijke en regionale ontwikkelingen zijn van invloed op de uitwerking van het gezondheidsbeleid.

5.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo is een nieuwe wet waarin een aantal bestaande wetten gebundeld worden: de Wet voorzieningen gehandicapten, de welzijnswet, een aantal onderdelen uit de AWBZ (zoals huishoudelijke verzorging en mantelzorgondersteuning) en de OGGZ (nu onderdeel van de Wcpv). Vanaf 1 januari 2007 zal de Wmo fasegewijs ingevoerd worden.

De Wmo heeft als maatschappelijk doel: meedoen. Deelname van alle burgers aan alle facetten van de samenleving, indien nodig geholpen door vrienden, familie of bekenden. Als dat laatste niet kan biedt de gemeente ondersteuning. Gestreefd wordt naar een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen zoals de openbare gezondheidszorg.

Relatie Wcpv en Wmo

Elke vier jaar moeten gemeenten zowel een nota gezondheidsbeleid vaststellen, waarin zij aangeven wat hun plannen zijn en verantwoorden hoe zij uitvoering geven aan hun wettelijke taken ten aanzien van gezondheid. Voor de Wmo moet elke vier jaar een beleidplan opgesteld worden. Hoewel er twee verschillende wetten aan ten grondslag liggen, zijn er duidelijk raakvlakken in het beleid.

In het algemeen kan gesteld worden dat Volksgezondheid (doel van de Wcpv) en maatschappelijke participatie (doel Wmo) elkaar kunnen versterken. Een goede gezondheid bevordert maatschappelijke participatie, maatschappelijke participatie kan positief bijdragen aan een gevoel van welbevinden.

De belangrijkste raakvlakken tussen Wcpv taken en Wmo zijn:

- De uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg (Wcpv) en prestatieveld 2 van de Wmo: op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met opgroei problemen en ouders met opvoedproblemen.
- Gezondheidsvoorlichting en – opvoeding (Wcpv en prestatieveld 3 van de Wmo: het geven van informatie en advies en cliëntondersteuning (lokale loketten, algemeen maatschappelijk werk, etc).
- Epidemiologisch onderzoek (Wcpv) levert belangrijke beleidsinformatie op, ook voor de uitvoering van de Wmo.
- Bevorderen van afstemming tussen preventie, cure en care (Wcpv) heeft raakvlakken met prestatie velden 5 en 6 van de Wmo, die gericht zijn op het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfstandig functioneren van mensen met een beperking.
- Een aantal taken, zoals de OGGZ worden overgedragen van de Wcpv naar de Wmo. Deze overgang moet nog nader uitgewerkt worden.

Een belangrijk verschil is dat de Wcpv taken uitgaan van een maatschappelijke hulpvraag en het collectieve belang dienen. De Wmo taken gaan naast een maatschappelijke hulpvraag ook uit van concrete en individuele vragen van burgers.

Gemeenten krijgen met de Wcpv en de Wmo in feite de regie over de keten van preventie en zorg. Een beleidsmatige afstemming om te komen tot effectieve interventies bij problemen is daarbij gewenst. Een integrale aanpak bij gesignaleerde problemen geeft in de regel het beste resultaat. Op

dit moment is de voorbereiding van de Wmo in volle gang. Hoewel het een bij uitstek lokaal georiënteerde wet is, wordt er door de Midden-Hollandgemeenten meerwaarde in gezien om een aantal zaken beleidsmatig gezamenlijk voor te bereiden, te ontwikkelen en mogelijk ook uit te voeren. De gemeenten hebben gezamenlijk een projectleider Wmo Midden-Holland aangesteld bij de afdeling Bestuurszaken van het ISMH.

Het gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt voor een tweede cyclus vastgesteld. De Wmo staat wat dat betreft nog aan het begin. Voor de komende periode wordt aanbevolen dat gemeenten zich tijdig, vóór de nieuwe 4-jarige beleidscyclus beraden op de mogelijkheid gemeentelijk gezondheidsbeleid te integreren in Wmo-beleid. Duidelijk moet worden waar overlap zit of juist hiaten ontstaan.

5.2 Zorgverzekeringswet

Met ingang van 1 januari 2006 kunnen vanuit de zorgverzekeringswet alleen medische kosten die te herleiden zijn naar het individu gefinancierd worden. Daarbij dient er ook een diagnose ten grondslag te liggen aan de behandeling (zogenaamde diagnosebehandelcombinaties). Dit betekent dat preventieactiviteiten niet gefinancierd zouden kunnen worden vanuit de zorgverzekeringswet. Bij de invoering van de nieuwe wet is echter landelijk een budget beschikbaar gesteld voor preventie in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit geld kan via de individuele beroepsbeoefenaren en via geïntegreerde vormen, bijvoorbeeld financiering op basis van zorgprogramma's en prestaties, ingezet worden. Het gaat hierbij om activiteiten op het raakvlak van preventie en curatie. Een voorbeeld hiervan is het bevorderen van een gezonde leefstijl voor chronische patiënten (zoals programma's gericht op beweging). Een ander voorbeeld is behandelprogramma's voor psychosociale zorg, dat bestaat uit een set van afspraken voor kortdurende ambulante behandelprogramma's in de eerste lijn rond depressie, angst- of slaapstoornissen of spanningsklachten. Tot slot zouden bijvoorbeeld ook afspraken gemaakt kunnen worden in het kader van jeugdproblematiek met als doel het vroegtijdig onderkennen van problematiek van bijvoorbeeld kindermishandeling, huiselijk geweld, tienerzwangerschappen of opvoedingsproblemen.

Gemeenten in Midden-Holland vinden het wenselijk te werken aan sluitende preventieketens. Zij zullen zich de komende jaren dan ook inspannen om met partijen in de regio te werken aan op elkaar afgestemde preventieprogramma's die gericht zijn op het algemene publiek en door hen gefinancierd worden (onder meer via de GGD) en preventieprogramma's die gericht zijn op het individu en gefinancierd worden vanuit de zorgverzekeringswet.

5.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg richt zich kort gezegd op de zorg voor mensen die daar zelf niet om vragen maar wel zorg nodig hebben. De doelgroep bestaat uit mensen die al jaren kampen met ernstige meervoudige problemen (zoals verslaafden met psychiatrische problemen) en mensen die bekend zijn met de hulpverlening en dreigen terug te vallen of af te glijden tot de harde kern van de OGGZ.

Diverse instellingen zijn hierbij betrokken en hebben allemaal hun eigen verantwoordelijkheid binnen de OGGZ: zoals gemeenten, GGD'en, GGZ-instellingen, ziektekostenverzekeraars, zorginstellingen, maatschappelijke opvang en algemeen maatschappelijk werk. De instellingen stellen zich gezamenlijk ten doel:

'Het vroegtijdig signaleren en beïnvloeden van risicofactoren en beschermende factoren met het oog op het voorkomen en verminderen van sociale uitsluiting en dakloosheid en het realiseren van een aanvaardbare kwaliteit van leven voor kwetsbare mensen (Visienota Platform OGGZ).

In aansluiting op de vraag bevinden de activiteiten zich op het terrein van de preventie, crisisinterventie, opvang en zorg. Voorbeelden hiervan zijn het Meldpunt Zó (zorg en overlast) en het Advies en steunpunt huiselijk geweld.

Wettelijk kader

De OGGZ heeft op dit moment nog met name de Wcpv als wettelijk kader. Met ingang van januari 2007 wordt de OGGZ ondergebracht bij de Wet maatschappelijke ondersteuning. Alleen de psychosociale hulp bij rampen blijft onderdeel van de Wcpv. Vanuit een AWBZ-subsidieregeling wordt op dit moment aandacht besteed aan nieuwe initiatieven OGGZ. Deze regeling houdt per 2007, met de invoering van de Wmo, op te bestaan.

Op het terrein van preventie blijven raakvlakken met het gezondheidsbeleid: het tijdig signaleren van problemen bij jeugdigen of bij hun ouders kan escalatie voorkomen. Vaak veroorzaken problemen bij ouders problemen bij kinderen. Een sluitend netwerk rond jeugd draagt bij aan het goed en tijdig signaleren. Afstemming met de jeugdgezondheidszorg speelt hierin een belangrijke rol. Ook ten aanzien van volwassenen is het van belang een sluitend netwerk te realiseren rond volwassenenproblematiek en multiproblemegezinnen.

GGZ preventie

GGZ-preventie wordt met ingang van 1 januari 2007 ook een verantwoordelijkheid van gemeenten via de Wet maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten zullen in de toekomst dus het beleid moeten bepalen ten aanzien van de GGZ-preventie. GGZ-preventie hangt nauw samen met de activiteiten uit de openbare gezondheidszorg (WCPV) en verslavingspreventie, dat ook onder gebracht zal worden bij de Wmo en de OGGZ.

De openbare gezondheidszorg (OGZ) behartigt zaken waar burgers niet snel om zullen vragen, maar die wel geregeld moeten zijn voor een gezonde samenleving. GGZ preventie staat voor activiteiten vanuit de gezondheidszorg om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel vroeg op te sporen om de kans dat behandeling succes heeft te vergroten. Daarnaast zijn er preventieve acties om iemand die al een psychische stoornis heeft voor erger te behoeden, bijvoorbeeld door de gevolgen ervan te verzachten of te voorkomen dat nog andere stoornissen ontstaan.

Verslavingspreventie richt zich op het uitstel van het eerste gebruik van genotmiddelen, vermindering van de consumptie van die middelen en voorkoming van problematisch gebruik en van de daarmee samenhangende gezondheidsschade, waaronder het verergeren of ontstaan van psychische problematiek. Verslavingspreventie is dus meer dan het voorkomen van verslaving. Het gaat ook om preventie van (gevolgen van) middelengebruik waarbij verslaving niet aan de orde is.

Geconstateerd wordt dat er op dit moment geen inhoudelijk samenhangend gemeentelijk beleid op het brede terrein van OGGZ bestaat. Op vele fronten wordt er in de praktijk hard gewerkt en her en der hebben gemeenten aangegeven wat hun (globale) doelstellingen zijn op dit terrein. Afstemming met het Zorgkantoor heeft tot op heden niet of nauwelijks plaatsgevonden. De invoering van de Wmo kan daarom beschouwd worden als een stimulans voor gemeenten om meer samenhang te creëren ten aanzien van OGGZ en GGZ-preventie, zowel tussen gemeenten onderling als tussen gemeenten, Zorgkantoor en zorgverzekeraar. Dit zal gebeuren binnen de regionale beleidskaders en overlegstructuur van de Wmo. De speerpunten uit de regionale nota gezondheidsbeleid worden daarbij als vertrekpunt genomen. Daarbij zal óók gekeken worden op welke wijze vanuit de nieuwe zorgverzekeringswet een bijdrage geleverd kan worden aan een sluitende (preventie)keten in de (O)GGZ.

5.4 Integrale Jeugdgezondheidszorg

Per 1 januari 2003 is het landelijk basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar ingevoerd en is naast de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar (GGD) ook de JGZ 0-4 jaar (Vierstroom) onder regie van de gemeenten gebracht. Doel is het komen tot uniformiteit en een integrale Jeugdgezondheidszorg met een doorgaande lijn in het zorgaanbod voor kinderen en jeugdigen. In de regio Midden Holland is door het project "Samen groeien...naar een integrale Jeugdgezondheidszorg" in 2002 en 2003 de integratie van de Jeugdgezondheidszorg uitgewerkt. Dit heeft geresulteerd in een Beleidsplan 2004 – 2007, een gezamenlijk plan van gemeenten, GGD en Vierstroom.

De aansturing van de JGZ vindt plaats in de bestuurscommissie GGD subregio Midden-Holland, waarin portefeuillehouders van de 13 gemeenten zitting hebben. Het basistakenpakket bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniform deel bestaat uit activiteiten die aan alle kinderen en jongeren van een bepaalde leeftijd worden aangeboden. Met het maatwerkdeel kan het zorgaanbod specifiek afstemmen op de zorgbehoefte(n) per kind(eren). Om continuïteit aan te brengen in het maatwerkpakket zijn met gemeenten tot 2007 afspraken gemaakt over de invulling van het aanbod. Binnen dit aanbod wordt maatwerk per kind geboden.

Voor de periode 2008 – 2011 zal een nieuw beleidsplan integrale JGZ opgesteld worden. Het maatwerkgedeelte wordt geëvalueerd en opnieuw ingevuld. De nota gezondheidsbeleid vormt de opmaat voor het uitwerken van dit beleidsplan en het maatwerk. Het vormgeven van het maatwerk gebeurt in samenhang met de extra middelen die ter beschikking zijn gesteld voor het versterken van het preventief jeugdbeleid: met ingang van 2006 wordt hiertoe door het Rijk € 50 per geboren kind toegevoegd aan de Regeling Specifieke Uitkering (RSU).

De Inspectie Gezondheidszorg constateert dat GGD'en te weinig gegevens verzamelen over psychosociale problematiek bij jongeren. Versterking van de signalering en registratie levert een bijdrage aan het ontwikkelen van gericht beleid door gemeenten.

Binnen de jeugdgezondheidszorg dient nauw samengewerkt te worden. Het oppakken van problematiek werkt het beste met een multidisciplinaire benadering. Afstemming met andere beleidsvelden is van belang om problemen tijdig te signaleren en tot een passende interventie te komen. Voor de continuïteit van de zorg is samenwerking tussen de jeugdzorg, jeugdhulpverlening en reguliere jeugdvoorzieningen belangrijk.

In de aanpak van de door gemeenten als speerpunt benoemde gezondheidsbedreigingen speelt de JGZ een belangrijke rol. In het nog op te stellen beleidsplan zal de inzet van de JGZ ten aanzien van deze problematiek uitgewerkt moeten worden:

1. overgewicht bij jeugdigen
2. overmatig alcoholgebruik door jeugdigen
3. psychosociale problematiek bij jeugdigen

Overige thema's die op basis van het huidige beleidsplan van de integrale JGZ en de landelijke ontwikkelingen een rol spelen zijn:

- Elektronisch kinddossier: Met ingang van 1 januari 2007 zal landelijk het EKD worden ingevoerd. Het EKD draagt bij aan een doorgaande lijn 0-19 jaar, aan een betere registratie.
- Versterking van de signaleringsfunctie van de JGZ.
- Horizontale afstemming: het betreft hier de afstemming met ketenpartners en gemeenten om te komen tot een sluitende aanpak in de zorg voor 0-19 jarigen. Dit wordt onder andere uitgewerkt in het in Gouda gestarte project Netten Boeten. Met behulp van RAS-middelen wordt onderzocht op welke wijze dit project verbreed kan worden naar de gemeenten in de regio.

- Ook wordt gewerkt aan het opzetten van zorgnetwerken 0-4 jaar, naast de bestaande netwerken 4-12 en 12-19 jaar.
- Huisvesting: de mogelijkheden van efficiënter gezamenlijk gebruik van huisvesting door JGZ 0-4 en JGZ 4-19 worden nader onderzocht. Het gebruik maken van één locatie kan de samenwerking en inhoudelijke integratie van de JGZ versterken en de JGZ 0-19 één gezicht geven. Mede gelet op de ontwikkeling naar een bundeling van taken in het jeugdbeleid is visievorming op het onderbrengen van deze functies op één locatie van belang.
- Landelijke evaluatie: in 2006 zal een landelijke evaluatie van de jeugdgezondheidszorg plaats vinden. Mogelijk leidt dit tot bijstelling van het beleid.

6. Regionaal plan van aanpak en financiering

Om tot uitvoering te komen is een plan van aanpak van groot belang: ook op regionaal niveau kan, waar mogelijk, aangegeven worden op welke wijze het beleid uitgevoerd gaat worden, wat samenwerkingsmogelijkheden voor gemeenten zijn en wat belangrijke sturingsmomenten voor gemeenten zijn. Hiervoor is ook de input van de zorgaanbieders/ zorgvragers van belang die voortgekomen is uit de bijeenkomst met hen op 13 juni 2006.

Het regionale plan van aanpak wordt opgesteld in samenhang met de uitwerking van het lokaal gezondheidsbeleid en een lokaal plan van aanpak. Ook de samenhang met de RAS aanvragen wordt hierin betrokken.

Ten behoeve van het volgen van de uitvoering van het plan van aanpak zullen ook monitoring en evaluatiemomenten daarin een plek krijgen.

Voor de uitwerking van het (regionale) plan van aanpak wordt de volgende procedure voorgesteld:

Juni 2006	Eerste concept regionale nota naar zorgdag, voorgestelde speerpunten worden ter instemming voorgelegd aan portefeuillehouders 13 juni: raadpleging zorgaanbieders/ zorgvragers
Juli - september 2006	Verwerken reacties en aanvullingen op eerste concept
September 2006	Regionale nota in Portefeuillehoudersoverleg zorg ter instemming. Vervolgens aanbieden aan colleges: <ul style="list-style-type: none">- advies aan de afzonderlijke colleges tot vaststelling van de regionale nota als basis voor lokale uitwerking- advies opdracht te geven voor uitvoeringsplan.
Oktober 2006	Vaststelling regionale nota door colleges
September 2006 – maart 2007	Uitwerken invulling lokaal gezondheidsbeleid Uitwerken regionaal en lokaal plan van aanpak
April 2007	Vaststellen regionaal plan van aanpak in Portefeuillehoudersoverleg
Mei/juni 2007	Vaststellen nota's in gemeenteraden, inclusief regionaal en lokaal plan van aanpak

7. Betekenis voor GGD beleidsplan

Op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de gezondheid voor haar inwoners en dienen zij op grond van artikel 5 van de WCPV ter uitvoering van de bij of krachtens deze wet opgedragen taken zorg te dragen voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten. In hun nota's lokaal gezondheidsbeleid moeten gemeenten tevens aangeven hoe zij invulling gaan geven aan de Wcpv taken (zie paragraaf 1.2). De GGD is de belangrijkste uitvoerder van deze taken.

Voor de regio Midden-Holland betreft dit de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Midden-Holland. Deze dienst is per 1 januari 2006 onderdeel geworden van de Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg Hollands Midden (RDOG). De RDOG wordt gevormd door de GGD Hollands Midden, de sector Regionale Ambulance dienst en het bureau GHOR Hollands Midden. De GGD Hollands Midden is een samenvoeging van de GGD Zuid-Holland Noord en de GGD Midden-Holland. De belangrijkste reden voor deze fusie is om aan te sluiten bij de schaal van de Veiligheidsregio, waarop ook de brandweer en politie en de gemeenschappelijke meldkamers georganiseerd zijn. Voor grootschalige taken, zoals de infectieziektebestrijding en de medische milieukunde, zullen aansturing en beleidsontwikkeling voortaan op het niveau van Hollands Midden plaatsvinden. Voor andere taken, die onderdeel zijn van het integraal gemeentelijk beleid, zal besluitvorming en aansturing blijven plaatsvinden op het subregionaal niveau van Midden-Holland, via de Bestuurscommissie GGD, subregio Midden-Holland, waarin de portefeuillehouders volksgezondheid van de desbetreffende gemeenten zitting hebben.

De GGD legt haar beleid voor een meerjarige periode vast in een beleidsplan dat onderdeel is van het beleidsplan RDOG. Voor taken die onderdeel zijn van gemeentelijk/ subregionaal beleid wordt het beleid door de Bestuurscommissie Midden-Holland vastgelegd. Op het niveau van dit beleidsplan sturen de gemeenten dus op voorhand aan op de uitvoering van de taken uit de Wcpv, passend bij de lokaal gewenste speerpunten uit het gezondheidsbeleid. Daarmee wordt niet alleen de "afstand" tot de GGD verkleind, maar wordt ook een duidelijke relatie gelegd met de versterking van de openbare gezondheidszorg op lokaal niveau. De speerpunten die de lokale bestuurders van belang vinden kunnen daarmee tot speerpunten van de GGD worden gemaakt, wat het gezondheidsbeleid in zijn algemeenheid ten goede komt.

Tevens biedt het beleidsplan van de GGD de mogelijkheid afstemming te plegen tussen de diverse gemeenten. Door op onderdelen de handen ineen te slaan kunnen effectieve interventies worden opgezet en uitgevoerd, hetgeen bovendien financieel gunstig uitpakt. Ook de in deze regionale nota neergelegde speerpunten dienen hun weerslag te krijgen in het voor de GGD nog nader uit te brengen beleidsplan voor een nieuw tijdvak.

Bronvermelding

Versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid, uitgave GGD NL, 2003

Staat van de Gezondheidszorg 2005, uitgave Inspectie voor de Gezondheidszorg, november 2005

Uitvoeringsnotitie Wcpv, gemeente Nieuwerkerk aan den IJssel, 2005

Relatie tussen de Wcpv en de Wmo, Kansen voor de openbare gezondheidszorg!, uitgave GGD
Gelre IJssel, 2006

Kapstokplan Lokaal Gezondheidsbeleid Midden Holland, Gouda, september 2002

Werken aan gezondheid, een introductie op gemeentelijk gezondheidsbeleid, publicatie in het kader
van het Netwerk Gezonde Gemeenten van de VNG, 2006

Visienota Platform OGGZ

VTV 2006

DEEL 2

Lokaal

8. Terugblik op periode 2003 – 2007

De eerste nota gezondheidsbeleid van de gemeente Vlist verscheen in 2003. Deze nota 'Gezondheidsbeleid in vijf Krimpenerwaardgemeenten' is een regionale nota van de gemeenten Bergambacht, Nederlek, Ouderkerk, Schoonhoven en Vlist (de K5-gemeenten). In de nota staan vijf speerpunten geformuleerd: zelfredzaamheid ouderen, veiligheid, alcohol, toegankelijkheid eerstelijnszorg, beweging en voeding.

Inmiddels is in de praktijk gebleken dat het door allerlei oorzaken moeilijk is de uitvoering van een dergelijke nota in gezamenlijkheid op te pakken. De belangrijkste hindernis is de verschillende prioriteitstelling binnen de afzonderlijke gemeenten met als gevolg op meerdere momenten te weinig personeelscapaciteit en/of weinig of geen geld om de nota voldoende uit te voeren. Het ontbreken van een tijdplanning in de nota is als een gemis ervaren.

Toch zijn er voor de gemeente Vlist wel degelijk resultaten te noemen. Hieronder staan ze per speerpunt.

Zelfredzaamheid ouderen

De doelstelling: ouderen zolang mogelijk in staat stellen zelfstandig in de eigen thuissituatie te functioneren én de mate van eenzaamheid(gevoelens) onder ouderen onderzoeken. Om dit doel te realiseren zijn de voorbereidingen gestart om in onze gemeente structureel **signalerende huisbezoeken** af te leggen. Hierbij gaan vrijwilligers bij 75-jarigen langs om hen te informeren over bestaande voorzieningen en regelingen voor ouderen. Aan de hand van een vragenlijst komen tevens onderwerpen als woonomgeving, mobiliteit en gezondheid aan de orde. De signalerende huisbezoeken gaan plaatsvinden onder auspiciën van de Stichting Coördinerend Ouderenbeleid Vlist (SCOV). Verwachte start: eind 2007/begin 2008.

Veiligheid

De doelstelling: zorgdragen voor een veilige leefomgeving waarin de jongeren zich zodanig kunnen bewegen, dat zij kunnen opgroeien tot zo optimaal mogelijk (lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk) functionerende mensen in de samenleving.

Alcohol

De doelstelling: Zorgdragen voor een prettige en veilige leefomgeving waarbij de inwoners de gezondheid risico's en gevolgen van alcohol kennen en hier zorgvuldig mee om gaan. Dit vooral gericht op de doelgroep 12 tot 23 jaar.

Veiligheid en alcohol hebben zoveel raakvlakken dat de ondernomen acties inwerken op allebei de speerpunten.

Binnen de K5-gemeenten is in 2004 het **Netwerk Jeugd en Veiligheid Krimpenerwaard** opgericht. Het netwerk houdt zich bezig met het vroegtijdig signaleren van problemen of probleemontwikkelingen bij alle jeugdigen van 4 tot 24 jaar (en hun ouders/verzorgers), die wonen in onder andere de gemeente Vlist en waar de deelnemers van het netwerk in hun functie mee te maken hebben. Met name die gevallen waarvan de partners in het netwerk de problemen niet afzonderlijk kunnen oplossen en waarvan het vermoeden bestaat dat de problemen zullen verergeren, worden in het netwerk besproken.

In 2007 loopt het project **Alcohol, een onderwerp van gesprek in de Krimpenerwaard**. Het doel is laagdrempelige activiteiten op te zetten om preventief te werken aan de consequenties van overmatig alcohol- en drugsgebruik. Een nevendoeel is het met elkaar in contact brengen van verschillende lokale en regionale organisaties om expertise en ervaring uit te wisselen en vooral om tot een integrale en structurele aanpak te komen. De Stichting Jeugd en Jongerenwerk Midden-Holland voert het project in opdracht van de K5-gemeenten uit.

Toegankelijkheid eerstelijnszorg

De doelstelling: het voorkomen van burgers zonder huisartsenzorg c.q. het verminderen van het aantal burgers zonder huisartsenzorg' en 'het realiseren van goede bereikbaarheid/toegankelijkheid eerstelijnszorg (met name huisartsen).

De uitwerking van dit speerpunt is nog niet geheel afgehandeld, maar naar verwachting is dit onderwerp niet meer actueel. Er is momenteel in de Krimpenerwaard **geen huisartsentekort** (meer) en er wordt in de komende jaren ook geen tekort verwacht.

Buiten kantooruren kunnen de inwoners van de gemeente Vlist gebruik maken van de **HuisArtsenPost** (HAP) in Gouda.

Beweging en voeding

De doelstelling: Fysieke inactiviteit en ongezonde voeding bij jongeren voorkomen (preventie) en/of vroegtijdig signaleren en terugdringen (behandeling).

In 2006 is het project **Kies voor Hart en Sport** gestart. Dit project bestaat uit een uitgebreid lesprogramma met gezondheids- en sportvoorlichting voor de groepen 6, 7 en 8 van de basisschool én sportkennismakingscursussen voor deze kinderen.

Het programma draait in het schooljaar 2006/2007 op vier van de vijf basisscholen in Vlist.

Verschillende sportverenigingen werken er aan mee. De uitvoering is in handen van Sportservice Zuid-Holland. In 2008 vindt een evaluatie plaats.

In 2007 is het project **WhoZnext** van start gegaan. Dit project heeft als doel jongeren van 14-18 jaar te stimuleren niet alleen deel te nemen aan sportieve activiteiten, maar ook zelf actief betrokken te zijn bij de opzet en de uitvoering van deze activiteiten. De uitvoering is in handen van de Stichting Jeugd en Jongerenwerk Midden-Holland. Waarschijnlijk zal ook dit project in 2008 worden geëvalueerd.

Vermeldenswaardig is ook zeker het feit, dat de Jeugdgemeenteraad in 2007 besloot aandacht aan gezonde voeding te besteden door kookcursussen voor basisschoolleerlingen te organiseren.

Verdere activiteiten

Naast de activiteiten in het kader van de speerpunten uit de nota gezondheidsbeleid heeft de gemeente Vlist zich in de periode 2003 – 2007 met meerdere gezondheids- of aan gezondheid gerelateerde zaken bezig gehouden.

Een aantal bereikte resultaten:

- De gemeente overlegt structureel twee keer per jaar met de schoolarts en de verpleegkundige van het consultatiebureau over de gezondheid van de jeugd van 0-12 jaar.
- Het Opvoedbureau Midden-Holland houdt spreekuur in Stolwijk.
- Het Netwerk 0-4 jaar is opgericht. In dit netwerk overleggen jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, MEE Midden-Holland, algemeen maatschappelijk werk, Opvoedbureau, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en basisscholen regelmatig. Onderwerp van gesprek zijn die kinderen van 0-4 jaar (en de gezinnen waar zij deel van uitmaken), die problemen hebben of in de risicosfeer verkeren.
- De gemeente is aangesloten op het onlinesysteem voor de inbewaringstellingen in het kader van de Wet bijzondere opnamen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), waardoor deze opnamen sneller en met minder papieren rompslomp kunnen plaatsvinden.

Ook besteedde de gemeente aandacht aan:

- de standplaatsen en aanrijtijden van de ambulances;
- het opgaan van de GGD Midden-Holland in de Gemeenschappelijke Regeling Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg;
- de kwaliteit van het binnenmilieu van de basisscholen.

Om de belangen van de gemeente Vlist in regionaal verband te behartigen, werden vele regionale bijeenkomsten op het gebied van de openbare gezondheidszorg bijgewoond.

9. De speerpunten voor de periode 2007 - 2011

Inleiding

In de Regionale Nota Gezondheidsbeleid Midden-Holland 2007 – 2011 staan de overwegingen beschreven, die geleid hebben tot de keuze van de drie regionale speerpunten: 'overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen', 'overgewicht' en 'psychosociale problematiek bij ouderen en bij jeugdigen'. De gemeente Vlist neemt deze speerpunten over in de lokale nota gezondheidsbeleid.

Daarnaast voegt de gemeente Vlist twee lokale speerpunten toe: 'bescherming tegen infectieziekten (zoals genoemd in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP)) en 'gezonde voeding'.

Het speerpunt 'bescherming tegen infectieziekten (RVP)' is opgenomen, omdat in de kernen Stolwijk en Vlist onvoldoende kinderen worden ingeënt om een goede immuniteit van de bevolking tegen de betreffende ziekten te kunnen waarborgen. Het speerpunt 'gezonde voeding' is gekozen, omdat van de inwoners van de hele Krimpenerwaard de mensen in Vlist de minste groente en fruit eten. Groente en fruit vormt een belangrijke bron van bescherming tegen allerlei ziekten en speelt bovendien een grote rol bij het voorkomen van overgewicht.

Themabijeenkomst gezondheidsbeleid Krimpenerwaard

Bij het opstellen van de Regionale nota gezondheidsbeleid zijn vertegenwoordigers van regionaal werkende instanties betrokken geweest. Hoewel deze regionale instanties grotendeels ook in de gemeente Vlist of ten behoeve van de inwoners van de gemeente Vlist werkzaam zijn, vonden de K5-gemeenten het toch zinvol om een themamiddag voor alle lokaal betrokkenen te organiseren. Deze themamiddag vond plaats in Lekkerkerk op 4 juni 2007. Centraal stond de vraag of de aanwezigen de keuze van de drie regionale speerpunten vanuit hun eigen ervaringen konden ondersteunen én welke instrumenten zij konden bieden om de aanpak van de problematiek te versterken. Tevens werden de voorgenomen lokale speerpunten van elke gemeente bekend gemaakt. Tijdens de themamiddag is gebleken dat er onder de aanwezigen een groot draagvlak is voor de gekozen regionale speerpunten. Meerdere aanwezigen verklaarden zich bereid tot samenwerking en/of gaven een overzicht van hun diensten. De uitkomsten van de themabijeenkomst zijn gebruikt bij het schrijven van de nota lokaal gezondheidsbeleid³.

Samenwerking

Binnen de K5-gemeenten spelen vaak dezelfde gezondheidsproblemen. Het ligt dan voor de hand om net als vier jaar geleden deze nieuwe nota gezondheidsbeleid gezamenlijk op te stellen. De drie regionale speerpunten zijn in alle K5-gemeenten overgenomen. Niet alle gemeenten voegen echter nog lokale speerpunten toe. Daarom is besloten dat voor elke gemeente een eigen nota gezondheidsbeleid wordt opgesteld. Op grond van de ervaringen met de uitvoering van de vorige nota gezondheidsbeleid is reeds eerder door de colleges van burgemeester en wethouders bepaald, dat de uitvoering van deze nota in elke gemeente afzonderlijk zal plaatsvinden.

Indien meerdere K5-gemeenten tegelijkertijd een speerpunt oppakken en samenwerking een meerwaarde voor het bereiken van een goed resultaat biedt, zal de mogelijkheid tot samenwerking worden onderzocht alvorens tot uitwerking van het speerpunt over te gaan.

Ook binnen de gemeente Vlist zal in de komende jaren veel aandacht aan samenwerking tussen de verschillende teams moeten worden besteed. Openbare gezondheidszorg is niet langer een onderwerp van uitsluitend team Welzijn. Teams werkzaam op het gebied van bijvoorbeeld milieu, openbare orde en veiligheid, ruimtelijke ordening en de buitendienst kunnen allemaal een steentje bijdragen aan een gezonder leefklimaat binnen de gemeente.

³ Zie bijlage 2.

De uitwerking van de speerpunten

De vijf gekozen speerpunten worden in het volgende hoofdstuk afzonderlijk nader uitgewerkt. Na een inleiding staan doelgroep, beoogd effect en doelstellingen⁴, tijdplanning en evaluatie gedefinieerd. Ook is een lijst met mogelijk participerende partijen en mogelijke acties opgenomen. De uitwerking is een voorlopige. Zij is gebaseerd op de gegevens die op het moment van schrijven van deze nota beschikbaar zijn. Deze beleidsnota geldt echter voor een periode van vier jaar. In de loop van die vier jaar zullen de speerpunten een voor een worden opgepakt. Dit kan tot gevolg hebben, dat landelijke, regionale en/of lokale inzichten, beschikbare cijfers, mogelijk participerende partijen en mogelijke acties inmiddels wijzigingen hebben ondergaan. Het eerste werk dat verricht zal worden bij het oppakken van een speerpunt, is het controleren van de actualiteit van de in de volgende paragrafen opgenomen gegevens. Aan de hand van die bevindingen zal een definitieve uitwerking van het betreffende speerpunt worden geschreven in de vorm van een actieplan. Dit actieplan zal ook een financieel overzicht per activiteit bevatten.

9.1 Bescherming tegen infectieziekten (RVP)

Inleiding

Op grond van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) kunnen alle kinderen ingeënt worden tegen de ziekten difterie, kinkhoest, tetanus, polio (DKTP); bof, mazelen, rode hond (BMR) en haemophilus influenzae type b (Hib). Voor een goede bescherming van de bevolking tegen deze infectieziekten hanteert de World Health Organization een grens (de vaccinatiegraad) van 90% gevaccineerden. Bij dit aantal gevaccineerden worden de niet-gevaccineerden door de wel-gevaccineerden beschermd (massa-immuniteit). De kernen Stolwijk en Vlist blijven al een aantal jaren onder deze 90%-grens. In deze kernen zijn de niet-gevaccineerden dus niet volledig beschermd door massa-immuniteit.

De Entadministratie registreert het aantal gegeven vaccinaties. De meest recente gegevens over de vaccinatiegraad zijn die over 2005. In dat jaar is de vaccinatiegraad in de kernen Stolwijk en Vlist 83. In Haastrecht is de vaccinatiegraad 100!

De lage vaccinatiegraad in de kernen Stolwijk en Vlist kan bij een eventuele uitbraak van een van de genoemde ziektes gevolgen hebben voor de verspreiding. Zo blijkt uit het door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) uitgebrachte rapport 'Groeien in gezondheid', dat bij de uitbraak van kinkhoest in 2004 de meeste gevallen van kinkhoest binnen de regio Midden-Holland voorkwamen in de gemeente Vlist.

De meest voorkomende reden om kinderen niet in te enten is gebaseerd op religie. De ouders hebben het beslissingsrecht over wel of niet vaccineren. Discussie daarover ligt niet op de weg van de gemeente. Om ervoor te zorgen dat de gevolgen van een eventuele uitbraak zo klein mogelijk blijven, is het inzetten van andere maatregelen (bijvoorbeeld op het gebied van de hygiëne) om de verspreiding van de infectieziekte tegen te gaan de meest doeltreffende actie.

⁴ Het beoogd effect is het hogere doel. Dit doel is veelal gelijk aan landelijk geformuleerde doelstellingen bij gelijke problematiek. Om dit doel te halen is veel meer nodig dan alleen gemeentelijke inspanning. Alle beïnvloedingsfactoren uit het model van Lalonde (zie onder 1.1 Visie op gezondheid) spelen hierbij mee. Het is voor een kleine gemeente als Vlist onmogelijk de gemeentelijke inspanningen te evalueren op basis van het beoogd effect. Daarom is ervoor gekozen doelstelling in de uitwerkingsplannen op te nemen. Deze doelstellingen leveren een bijdrage aan het behalen van het beoogd effect én ze zijn te evalueren. Op deze wijze krijgt de gemeente na afloop van de vierjarige beleidsperiode in 2011 toch een goed inzicht in de uitgevoerde activiteiten per speerpunt.

Doelgroep

1. Ouders met kinderen tussen de 0 en 12 jaar die hun kinderen niet laten vaccineren tegen de ziekten uit het RVP.
2. Jongeren van 13-18 jaar die niet gevaccineerd zijn tegen de ziekten uit het RVP. (Uit de literatuur blijkt dat veel ouders moeite hebben met het rechtstreeks benaderen van deze jongeren. De gevoeligheid hiervan zal eerst onderzocht moeten worden, voordat definitief wordt besloten deze doelgroep te benaderen.)

Beoogd effect in 2011

De kans op verspreiding van de ziekten genoemd in het RVP binnen de gemeente Vlist is verminderd.

Doelstelling

1. Doelgroep 1 is voorgelicht over de risico's van het niet-vaccineren van kinderen.
2. Doelgroep 1 is op de hoogte gebracht van het bestaan van maatregelen die bij een uitbraak genomen kunnen worden om infectie met de ziekte c.q. verspreiding van de ziekte te voorkomen en waar de benodigde informatie te vinden is.
3. Scholen/kinderopvang/crèches etc. zijn op de hoogte gebracht van het bestaan van de maatregelen die bij een eventuele uitbraak genomen kunnen worden om verspreiding van c.q. infectie met de ziekte te voorkomen en waar de benodigde informatie te vinden is.
4. In het kader van dit speerpunt zal bovendien bekeken worden of de organisatie van de inenting die 9-jarigen krijgen anders geregeld kan worden zonder dat dit negatieve gevolgen voor het aantal inenting heeft. (Dit is een al eerder door de GGD gedaan verzoek.)

Mogelijke acties

1. Het consultatiebureau en de schoolarts informeren de ouders meermalen over de risico's van niet vaccineren.
2. In samenwerking met de professionele organisaties nagaan welke beschermingsmaatregelen er tegen de infectieziekten genomen kunnen worden.
3. De bovengenoemde maatregelen eenvoudig leesbaar op papier zetten en deze informatie toegankelijk maken op of via de gemeentelijke website.
4. Inventariseren via welke kanalen de informatie nog meer verspreid kan worden.
5. Bekijken in hoeverre het oude landelijke handboek Polio-Zorg nog gebruikt kan worden op scholen.

Mogelijk participerende partijen

GGD, consultatiebureau, schoolarts, Entadministratie, Landelijk Centrum Infectiebestrijding, scholen, kinderopvang, crèches, kerkelijke organisaties, diverse gemeentelijke afdelingen.

Tijdplanning

De tweede helft van 2008 zal gebruikt worden om met de professionele gezondheidsorganisaties te bepalen welke maatregelen genomen kunnen worden om bij een uitbraak de infectie en verspreiding van de betreffende ziektes te voorkomen en om deze informatie op papier te zetten.

In 2009 kan dan begonnen worden met het benaderen van eerst de ouders en vervolgens van scholen, kinderopvang en crèches.

Financiën

De acties zullen gefinancierd worden uit de structurele gelden voor de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid.

Evaluatie

In de 2^e helft van 2009 zal een tussentijdse evaluatie plaatsvinden met als doel te kijken hoeveel ouders inmiddels zijn bereikt en wat hun reacties zijn op de ingezette acties.

In de 2^e helft van 2010 vindt de eindevaluatie van de doelstellingen plaats.

9.2 Gezonde voeding: groente en fruit

Inleiding

Gezonde voeding strekt zich uit over heel veel producten. Dit speerpunt beperkt zich tot de groente- en fruitconsumptie.

Het eten van voldoende groente en fruit is een basis voor een goede gezondheid.

In Nederland geven de autoriteiten op het gebied van gezondheid en voeding een norm uit voor de hoeveelheid groente en fruit die minimaal geconsumeerd zou moeten worden. Deze groente- en fruitnorm (2 ons groente en 2 keer fruit per dag) wordt slechts door weinig mensen gehaald.

In de gemeente Vlist eet slechts 21% van de inwoners de aanbevolen hoeveelheid groente en 30% de aanbevolen hoeveelheid fruit. Uit het rapport 'Groeien in gezondheid' blijkt dat de inwoners van de gemeente Vlist de minste groente eten van alle mensen in de Krimpenerwaard. De fruitconsumptie ligt op een gemiddeld niveau.

Doelgroep

Alle inwoners van de gemeente Vlist.

Beoogd effect in 2011

De inwoners van de gemeente Vlist eten meer groente en fruit.

Doelstelling

1. Landelijke voorlichtingsacties die gedurende de looptijd van deze nota gehouden worden, hebben in de gemeente Vlist volop aandacht gekregen.
2. Ouderen zijn gewezen op de noodzaak van het eten van voldoende groente en fruit.
3. De basisscholen in onze gemeente hebben minimaal één project uitgevoerd om het eten van voldoende groente en fruit te promoten.

Mogelijk participerende partijen

GGD, voedingsbureau, tuinbouw en middenstand, scholen.

Mogelijke acties

1. Zorgen dat regionale/landelijke acties op het gebied van de groente- en fruitconsumptie een goed bereik binnen onze gemeente krijgen.
2. In samenwerking met plaatselijke tuinders, groenteboeren en supermarkten promoten van de groente- en fruitnorm.
3. Voorlichtingsactie initiëren om te laten zien dat ook met een kleine beurs voldoende groente en fruit gegeten kan worden.
4. Bij de signalerende huisbezoeken aan ouderen aandacht besteden aan het eten van groente en fruit.
5. Onderzoeken of het mogelijk is het project 'schoolgruiten' op de basisscholen uit te voeren. Dit project stimuleert kinderen meer groente- en fruit te eten.

Tijdplanning

De uitvoering van dit speerpunt zal gedurende de hele looptijd van de nota plaatsvinden. De exacte momenten waarop acties plaatsvinden, is deels afhankelijk van landelijke initiatieven.

De acties van dit speerpunt kunnen een positieve invloed hebben op overgewicht. Daarom zal een relatie gelegd worden met het speerpunt overgewicht.

Financiën

De acties zullen gefinancierd worden uit de structurele gelden voor de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid.

Daarnaast is het wellicht mogelijk bepaalde onderdelen te laten sponsoren.

Evaluatie

In het derde kwartaal van 2010 zullen de doelstellingen worden geëvalueerd.

9.3 Overgewicht

Inleiding

Steeds meer mensen hebben overgewicht. Onder jongeren is de toename het grootst. Dit blijkt uit zowel landelijke, regionale als lokale onderzoeken. Vooral op de langere termijn kan overgewicht ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid, zowel in lichamelijk en geestelijk als in maatschappelijk opzicht. Dit zal dan resulteren in een groter gebruik van de gezondheidszorg en in meer aanvragen voor voorzieningen zoals bijvoorbeeld de individuele voorzieningen uit de Wmo.

Cijfers jongeren⁵

Het overgewicht onder jongeren in Midden-Holland tussen de 5 en 15 jaar is van 11% in 1999 gestegen naar 18% in 2003/2004.

Van de kinderen geboren in onze gemeente heeft bijna 8% overgewicht.

De beweegnorm voor kinderen/jongeren is vastgesteld op 1 uur per dag matig intensieve activiteit.

Van de kinderen in Midden-Holland tussen 3 en 12 jaar speelde in 2003 8% eenmaal per week of minder buiten. Van de 10- en 11-jarigen zat 50-70% onder norm bewegen voor kinderen.

Uit landelijke cijfers (bron CBS, jaar 2004) blijkt dat 75% van de jongeren tussen 12 en 18 jaar onvoldoende beweegt.

Cijfers 18-65 jarigen⁶

In de gemeente Vlist heeft 42% van de inwoners van 18-65 jaar overgewicht, waarvan 9% ernstig overgewicht. Te weinig bewegen doet 26%. De rest haalt de beweegnorm voor volwassenen, die is vastgesteld op 5 dagen per week minstens een half uur matig intensief bewegen, niet.

Cijfers 65-plussers⁷

In de regio Midden-Holland heeft 61% van de senioren overgewicht, waarvan 12,5% ernstig overgewicht.

Ook voor senioren is de beweegnorm vastgesteld op minstens 5 dagen per week minimaal 30 minuten matig intensief bewegen. In Midden-Holland haalt 40% van de senioren deze norm niet.

Doelgroep

Alle inwoners van de gemeente Vlist.

Beoogd effect in 2011

Het percentage volwassenen met overgewicht is gestabiliseerd.

Het percentage jeugdigen met overgewicht is gedaald.

⁵ Gezondheidsprofiel Midden-Holland 2006 en Factsheet 3 Monitor jeugd GGD HM, 2006.

⁶ Gezondheidsenquête GGD 2005 onder volwassenen van 18 t/m 64 jaar.

⁷ Factsheet 2 Gezondheidsenquête 65+ GGD HM, 2006.

Doelstelling

1. Intermediairs en instellingen/verenigingen zijn structureel en bewust bezig met het voorkomen en/of terugdringen van overgewicht.
2. Ouders van 0- tot 19-jarigen zijn voorgelicht over het voorkomen en terugdringen van overgewicht.
3. Senioren zijn zich bewust van de gezondheidseffecten van een juiste balans tussen voeding en beweging.

Mogelijke acties

1. In K5-verband met de huisartsen overleggen over de rol, die zij kunnen spelen bij het terugdringen van overgewicht.
2. Scholen motiveren deel te nemen aan projecten rond voeding en beweging.
3. Het in 2004 gestarte project 'Kies voor Hart en Sport' structureel opnemen in het gemeentelijk beleid.
4. De nog niet aan het bovengenoemde project deelnemende scholen stimuleren mee te gaan doen.
5. Na evaluatie het in 2007 gestarte project 'WhoZnext' zo mogelijk continueren
6. Met het consultatiebureau afspreken hoe ouders nog meer gestimuleerd kunnen worden hun kinderen te behoeden voor overgewicht.
7. Sportaanbieders motiveren tot deelname aan projecten, vooral gericht op de jeugdigen.
8. Bewegingsprogramma's voor ouderen laten uitvoeren.
8. Bij nieuwbouw c.q. herstructurering van wijken aandacht vragen voor voldoende groen, speelplekken, wandelpaden, banken etc., zodat mensen worden gestimuleerd om buiten te bewegen.

Mogelijk participerende partijen

GGD, huisartsen, jeugdgezondheidszorg, diëtisten, fysiotherapeuten opvoedbureau, onderwijsinstellingen, jeugd- en jongerenwerk, Sportservice Zuid-Holland, lokale sportaanbieders, Stichting Coördinerend Ouderenbeleid Vlist, ouderenbonden, buurtverenigingen, diverse afdelingen binnen de gemeente.

Tijdplanning

Dit speerpunt zal begin 2008 worden opgepakt.

Financiën

De projecten 'Kies voor Hart en Sport' en 'WhoZnext' worden momenteel uitgevoerd vanuit een subsidie van de Provincie Zuid-Holland.

Voor de voortzetting van het project 'Kies voor Hart & Sport' is in het kader van sport geld opgenomen in de begroting 2008.

Nieuwe acties zullen gefinancierd worden uit de structurele gelden voor de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid .

Evaluatie

Evaluatie van het reeds lopende project Kies voor Hart & Sport vindt plaats in augustus 2008.

Evaluatie van het reeds lopende project WhoZnext vindt waarschijnlijk plaats in 2008.

Medio 2009 zal een tussenevaluatie worden gehouden van de tot dan uitgevoerde acties

In de 2^e helft van 2010 vindt de eindevaluatie van de doelstellingen plaats.

9.4 Overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen

Inleiding

Jeugdigen drinken steeds meer en op steeds jongere leeftijd. Dit blijkt uit diverse onderzoeken en mag met recht een maatschappelijk probleem genoemd worden. De gevolgen zijn ernstig: gezondheidsschade, problemen op school en thuis, overlast, geweld en verkeersonveiligheid.

Onder jeugdigen in Midden-Holland is een toename van het alcoholgebruik te zien: in 1999 lag het percentage jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken met 66% nog onder het landelijk gemiddelde van 74%. In 2003 is van deze 'achterstand' geen sprake meer, 84% Midden-Holland tegen 85% landelijk.

Het aantal actuele drinkers (laatste maand) van 12-18 jaar in Midden-Holland is in vier jaar gestegen van 13% naar 61%. Vooral het alcoholgebruik onder scholieren jonger dan 15 is toegenomen, met name bij meisjes.

Veel ouders maken zich wel eens zorgen over eventueel (toekomstig) alcoholgebruik door hun kind. Experimenteren met alcohol begint voor meer dan de helft van de kinderen al op de basisschool. Voor het basisonderwijs geldt namelijk dat in 2003 47% van de kinderen al eens alcohol heeft gedronken, dit is een verdubbeling ten opzichte van 1999.

In Nederland is het verkopen van alcohol aan jongeren onder de 16 jaar verboden. Toch koopt 80% van de 15-jarigen de alcohol zelf. Van de 12/13-jarigen koopt 33% de alcohol zelf!⁸

Gegevens over 'binge drinken'(vijf of meer alcoholische dranken op één avond) zijn in Midden-Holland niet beschikbaar, maar landelijke cijfers tonen een zeer verontrustend beeld.

Doelgroep

Jeugdigen tot 23 jaar

Beoogd resultaat in 2011

1. Het percentage jeugdigen tot 23 jaar, dat overmatig alcohol gebruikt, is gestabiliseerd.
2. Het percentage jeugdigen tot 12 jaar, dat weleens alcohol heeft gedronken, is gedaald.

Doelstelling

1. Intermediairs en instellingen/verenigingen zijn structureel en bewust bezig met het voorkomen van overmatig alcohol gebruik onder jongeren.
2. Tijdens contacten tussen ouders en intermediairs komt het onderwerp alcohol regelmatig aan de orde.
3. Ouders zijn voorgelicht over de schadelijke gevolgen van het gebruik van alcohol voor jongeren onder de 12 jaar.

Mogelijke acties

1. Informatie over de gevaren van alcoholgebruik verspreiden via lespakketten op school, folders op alle mogelijke plekken waar jeugdigen komen, praten met ouders tijdens ouderavonden.
2. Afspraken maken met het consultatiebureau dat zij meer met ouders praten over de invloeden van alcohol op de gezondheid van jonge kinderen.
3. Gebruik maken van de resultaten van het in 2007 gestarte project 'alcohol, een onderwerp van gesprek in de Krimpenerwaard' en hier waar mogelijk een vervolg aan geven door onder andere:
 - a. vrijwilligers en medewerkers die in sportkantines en jeugdsosens achter de bar staan een cursus 'omgaan met alcohol' te laten volgen
 - b. met sportverenigingen, jeugdsosens en organisatoren van buurt-/tentfeesten overleggen over de mogelijkheden van het terugdringen van alcoholgebruik door jeugdigen (bijv. tijdens jeugdwedstrijden geen alcohol schenken of pas alcohol schenken na een bepaald uur).
 - c. rijsscholen hun leerlingen (nog meer) laten attenderen op de gevaren van alcohol in het verkeer

⁸ Gezondheidsprofiel MH 2006.

- d. bij het op het gemeentekantoor afhalen van een (brommer) rijbewijs door een jeugdige een gadget over de gevaren van alcohol in het verkeer meegeven (in de gemeente Vlist wordt per jaar aan circa 180 jongeren tot 25 jaar een (brommer)rijbewijs afgegeven).
- e. de politie verzoeken bij de controle van brommers (snelheid/dragen helm/staat brommer) ook meer te controleren op gebruik van alcohol.

Mogelijk participerende partijen

Intermediairs op het gebied van alcohol en jeugdigen zoals: onderwijs, jeugd en jongerenwerk, organisatoren van buurt-/tentfeesten, politie, Parnassia, jeugdgezondheidszorg 0-18 jaar, jeugdsosens, sportverenigingen en gemeente.

Tijdplanning

Het project 'Alcohol, een onderwerp van gesprek in de Krimpenerwaard' wordt eind 2007 geëvalueerd en wellicht gecontinueerd.

Verdere uitwerking en uitvoering van dit speerpunt vindt plaats in 2009.

Financiën

De acties zullen gefinancierd worden uit de structurele gelden voor de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid.

Evaluatie

Evaluatie van het project 'Alcohol, een onderwerp van gesprek in de Krimpenerwaard' eind 2007; In de eerste helft van 2011 vindt de eindevaluatie van de doelstellingen plaats.

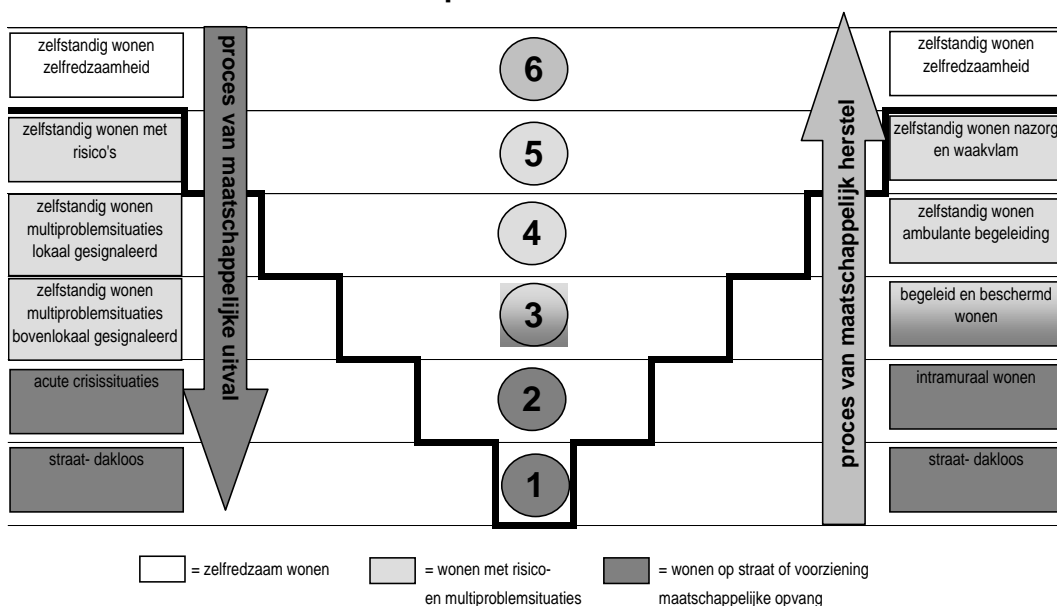
9.5 Psychosociale problemen bij ouderen en jeugdigen

Inleiding

De psychosociale problemen, die in deze nota aan de orde komen, zijn onderdeel van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en vallen daardoor tevens onder prestatieveld 8 van de Wmo. In het kader van de Wmo (prestatievelden 7, 8 en 9) is een Regionale visie (O)GGZ Midden-Holland 2008-2011 geschreven. Deze visie zal worden vertaald in (regionale) uitwerkingsplannen die eind 2007 gereed zullen zijn.

In de regionale visie wordt als uitgangspunt de onderstaande 'OGGZ-trap van uitval en herstel' gehanteerd. In het kader van onze nota gezondheidsbeleid richten wij ons met name op trede 6 en deels op trede 5 van de OGGZ-trap.

OGGZ-trap van uitval en herstel



Cijfers jeugdigen⁹

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) stelt bij 21% van de kinderen tussen 0 en 12 jaar in Midden-Holland psychosociale problemen vast. Ouders zien minder vaak psychosociale problemen dan de JGZ.

Zowel het percentage als de veel voorkomende problemen verschillen per leeftijdscategorie:

- bij 14 maanden 11% - slaapproblemen, spraak- en taalproblemen, eetproblemen
- bij 3 jaar 23% - jongens: uitdagend en agressief gedrag; meisjes: slaapproblemen
- bij 5/6 jaar 30% - jongens: problemen thuis en leerproblemen op school;
 meisjes: gebrek aan zelfvertrouwen, teruggetrokkenheid
- bij 10/11 jaar 18% - problemen thuis, leerproblemen op school, problemen in omgang met
 leeftijdsgenoten, emotionele problemen (verschil tussen jongens en
 meisjes wordt kleiner).

Van de 12 tot en met 18 jarigen heeft 17% psychosociale klachten. Van de 12 tot en met 14 jarigen heeft 20% psychosociale problemen en van de 15/16-jarigen is dit 15%.

Cijfers ouderen¹⁰

Bij het onderzoek naar de geestelijke gezondheid van ouderen is met name gekeken naar het voorkomen van eenzaamheid en van het risico op angst- en depressiestoornissen.

Van de ouderen in Midden-Holland heeft 32% een verhoogd risico op een angst- of depressiestoornis en 5% heeft een ernstig risico. Verder is 42% van de ouderen (wel eens) eenzaam en 7% ernstig eenzaam. Ouderen met een lage SES vormen een extra kwetsbare groep. Eenzaamheid en angst of depressie komen niet vaker voor onder ouderen dan onder volwassenen tot 65 jaar, maar ouderen vormen wel een sterk groeiende bevolkingsgroep.

Net als angst- en depressieklachten en eenzaamheid, neemt het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen toe naarmate ouderen ouder zijn. Van de ouderen in Midden-Holland gebruikt 20% slaap- en/of kalmeringsmiddelen.

⁹ Factsheet 5 Monitor Jeugd GGD HM 2007.

¹⁰ Factsheet 3 Gezondheidsenquête 65+ 2007.

Doelgroep

1. Jeugdigen tot 19 jaar
2. Ouderen vanaf 65 jaar

Beoogd effect in 2011

Het percentage jeugdigen en het percentage ouderen met psychosociale problemen mag niet verder stijgen.

Doelstelling (vooruitlopend op de nog komende uitwerkingsplannen in het kader van de Wmo)

Jeugdigen

Binnen de vele ontwikkelingen op het terrein van de jeugd is een goede jeugdgezondheidszorg binnen onze gemeente gewaarborgd, waarbij een soepele uitwisseling van noodzakelijke gegevens tussen de verschillende instanties op het gebied van jeugdgezondheid, jeugdzorg en van opvoeding plaatsvindt.

Ouderen

De signalering van eenzaamheid onder ouderen is verbeterd, waardoor snellere interventies plaats kunnen vinden.

Mogelijke acties

Jeugdigen

1. Bij het opzetten van een Centrum voor Jeugd en Gezin, waar jeugdigen en hun ouders met psychosociale en/of opvoedingsproblemen terecht kunnen, de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg waarborgen. Het Centrum voor Jeugd en Gezin dient tevens zorg te dragen voor een goede overdracht naar instellingen in de Jeugdzorg, indien zij zelf de benodigde ondersteuning niet kan bieden.
2. Invoering elektronisch kinddossier en de verwijzindex om informatie over jeugdigen te delen en te bundelen.

Ouderen

1. Het structureel uitvoeren van signalerende huisbezoeken bij 75-jarigen.
2. Via huisbezoeken door Wmo-consulenten eventuele problemen signaleren en doorverwijzen naar Ouderenadviseur en/of gespecialiseerde instanties.
3. Onderzoek doen naar de mogelijkheid om maatschappelijke stages in te zetten om het probleem eenzaamheid aan te pakken.
4. Vanuit het subsidiebeleid activiteiten ter ondersteuning van het psychosociaal welbevinden stimuleren.

Mogelijk participerende partijen

Jeugdigen:

JGZ, ouders, GGZ, Thuiszorg, AMW, Verslavingszorg, Jeugdzorg, leerkrachten, schooldecanen.

Ouderen:

GGD, GGZ, Thuiszorg, Stichting Coördinerend Ouderenbeleid Vlist, ouderenbonden, AMW, sportverenigingen, ouderenadviseur, steunpunt mantelzorg.

Tijdplanning

Dit speerpunt zal in 2010 verder worden uitgewerkt.

Financiën

Geld voor signalerende huisbezoeken aan 75-jarigen zijn met ingang van 2008 structureel opgenomen in de begroting onder ouderenbeleid.

Voor de invoering van het Elektronisch Kinddossier komt waarschijnlijk geld uit landelijke middelen beschikbaar.

Voor het opzetten van een Centrum voor Jeugd en Gezin komt waarschijnlijk geld uit landelijke middelen beschikbaar.

Andere acties zullen gefinancierd worden uit de structurele gelden voor de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid.

Evaluatie

Omdat dit speerpunt pas in 2010 verder uitgewerkt wordt, is het nu nog te vroeg om evaluatiemomenten en –punten vast te leggen.

10. Tijdplanning

Bij de eerder genoemde speerpunten staat aangegeven wanneer elk speerpunt opgepakt zal gaan worden. Hieronder staat de tijdplanning voor de volledige periode 2007 – 2011.

2007

- Afhandelen nog openstaande activiteiten uit de nota 2003 – 2007
- Nota 2007 – 2011 ter goedkeuring voorleggen aan gemeenteraad

2008

1^e halfjaar

- Speerpunt 'overgewicht' oppakken
- Speerpunt 'gezonde voeding' oppakken
- Nog vanuit de nota 2003 – 2007: opstarten signalerende huisbezoeken

2^e halfjaar

- Evaluatie project 'Kies voor Hart en Sport'
- Evaluatie project 'WhoZnext'
- Oppakken speerpunt 'bescherming infectieziekten'

2009

1^e halfjaar

- Oppakken speerpunt 'overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen'

2^e halfjaar

- Tussenevaluatie acties van speerpunt 'overgewicht'
- Tussenevaluatie acties van speerpunt 'bescherming infectieziekten'

2010

1^e halfjaar

- Oppakken speerpunt 'psychosociale problematiek bij ouderen en jeugdigen'

2^e halfjaar

- Eindevaluatie doelstellingen van speerpunt 'overgewicht'
- Eindevaluatie doelstellingen van speerpunt 'gezonde voeding'
- Eindevaluatie doelstellingen van speerpunt 'bescherming infectieziekten'

2011

1^e halfjaar

- Eindevaluatie speerpunt 'overmatig alcoholgebruik onder jeugdigen'

11. Financiën

Sinds 2003 staat structureel een bedrag voor de uitvoering van activiteiten in het kader van de nota gezondheidsbeleid op de begroting. Dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd en bedraagt voor 2007 € 5.228,00.

De in deze beleidsnota genoemde speerpunten worden gedurende de komende vier jaar een voor een opgepakt. Bij de definitieve uitwerking van de speerpunten wordt de keuze gemaakt welke activiteiten nodig zijn om de in deze nota genoemde doelstellingen te bereiken. Op dat moment wordt ook duidelijk of de activiteiten bekostigd kunnen worden uit het structureel beschikbare geld of dat (deels) gekeken moet worden naar andere bronnen zoals bijvoorbeeld (RAS-)subsidies of het zoeken van sponsors.

Bronvermelding

Regionaal gezondheidsprofiel Midden-Holland, uitgave GGD Hollands Midden augustus 2006

Groeien in gezondheid, uitgave RIVM, 2006

Factsheets Gezondheidsmonitor Midden-Holland, uitgave GGD Hollands Midden 2006, 2007

Regionale Nota Gezondheidsbeleid Midden-Holland 2007 – 2011

Regionale visie (O)GGZ Midden-Holland 2008 - 2011

Bijlage 1 - Lijst van gebruikte afkortingen

AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
EKD	Elektronisch Kinddossier
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HM	Regio Hollands-Midden (gemeenten rond Leiden en Gouda)
ISMH	Intergemeentelijk samenwerkingsorgaan Midden-Holland
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JSO	Expertisecentrum voor Jeugd, Samenleving en Opvoeding
K5-gemeenten	Bergambacht, Nederlek, Ouderkerk, Lekkerkerk, Vlist
MH	Regio Midden-Holland (gemeenten rond Gouda)
MMK	Medische Milieukunde
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RAS	Regionale Agenda Samenleving
RDOG	Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
SES	Sociaal Economische Status
TNO	Nederlandse organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten

Bijlage 2 - Verslag themabijeenkomst gezondheidsbeleid

Inleiding

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) bepaalt dat gemeenten vanaf 1 juli 2003 elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid moeten vaststellen. De nota voor de periode 2007 - 2011 zal bestaan uit enkele regionale speerpunten en eventueel aanvullende lokale speerpunten. De regionale speerpunten zijn:

- Overmatig alcohol gebruik onder jeugdigen
- Overgewicht
- Psychosociale problematiek bij ouderen en bij jeugdigen

Om samenhang tot stand te brengen en de integraliteit tussen gemeenten en (eerstelijnszorg) instellingen te waarborgen organiseerden de K5-gemeenten op 4 juni 2007 een themamiddag Lokaal Gezondheidsbeleid. De uitkomsten van deze bijeenkomst zullen verwerkt worden in de nota lokaal gezondheidsbeleid 2007 - 2011. Conform de Wcpv moet de nota, alvorens vaststelling in de afzonderlijke gemeenteraden in beeld is, ter advisering voorgelegd worden aan de GGD.

Themabijeenkomst lokaal gezondheidsbeleid 4 juni 2007

Het doel van de bijeenkomst is een interactieve gedachteswisseling met de lokale en regionale spelers in het gezondheidsveld om af te stemmen of de voorgestelde regionale speerpunten overeenkomen met hun eigen ervaringen. En om te inventariseren welke instrumenten de betrokken organisaties kunnen bieden om de aanpak van de problematiek te versterken.

Voor deze bijeenkomst zijn regionale en lokale instellingen en organisaties uitgenodigd, zoals huisartsen, GGD, maatschappelijk werk, stichtingen welzijn ouderen. Ook zijn de belangenorganisaties uitgenodigd van de hulpvragers, zoals de ouderenbonden.

Een lijst van deelnemers is bijgevoegd.

Korte samenvatting van de bijeenkomst

1. De themamiddag Lokaal Gezondheidsbeleid wordt geopend door de wethouder van Nederlek, de heer R. van de Haterd. Hij heet de aanwezigen welkom, geeft een korte inleiding en introduceert de dagvoorzitter, mevrouw M. Mascini. Vervolgens wordt de agenda van hedenmiddag geprojecteerd.

2. Het eerste onderwerp op de agenda is een presentatie/ terugblik op de nota gezondheidsbeleid 2003 - 2007. De presentatie wordt gedaan door mevrouw A. Meijer, beleidsmedewerker Welzijn van de gemeente Bergambacht.

In het kort wordt stilgestaan bij de 5 speerpunten uit de huidige nota (Zelfredzaamheid ouderen, Toegankelijkheid eerstelijnszorg, Beweging en voeding, Veiligheid & Alcohol) en de stand van zaken hiervan. Alle speerpunten hebben in mindere of meerdere mate aandacht gekregen en hebben tot uitwerking c.q. activiteiten geleid.

3. Vervolgens wordt overgegaan naar het volgende onderdeel van de middag, er volgt een korte film van de VNG & LOGIN over Gezondheid; een zaak van lokaal belang. De conclusie van de film is dat de jeugd steeds ongezonder wordt en dat hieraan een halt moet worden toegeroepen. Het gaat te ver om alleen de gemeente hiervoor verantwoordelijk te stellen. Gezondheid gaat ons allemaal aan. Er dient dan ook ingezet te worden op integraal lokaal gezondheidsbeleid om zodoende een omslag te kunnen maken.

4. Door Sportservice Zuid-Holland wordt de middag gebruikt om de (landelijke) campagne 30 minuten bewegen te introduceren. 30 minuten bewegen is een campagne om meer Nederlanders te motiveren te (gaan) bewegen. De campagne maakt mensen bewust van het bestaan van een beweegnorm. Ook biedt de campagne aanknopingspunten (zogenaamd 'handelingsperspectief') om aan de norm te voldoen. De campagne start in 2007 en in een periode van 4 jaar zal getracht worden een omslag te bewerkstelligen. Symbolisch worden de aanwezige gemeenten betrokken bij het project door middel

van de overhandiging van een verkeersbord waarop staat afgebeeld dat de gemeente de campagne ondersteunt. De aanwezige wethouders nemen het verkeersbord voor hun gemeente in ontvangst.

5. Het is nu de beurt aan Christine Hanning van de afdeling epidemiologie van de GGD die een korte presentatie de kengetallen geeft in relatie tot de regionale speerpunten van de huidige nota gezondheidsbeleid. De presentatie spreekt voor zich.

6. Als laatste agendapunt voor de pauze neemt wethouder van Dorp van de gemeente Vlist het woord. De gemeenten Vlist en Schoonhoven hebben naast de regionale speerpunten in de gezondheidsnota 2007 - 2011 ook nog extra lokale speerpunten. Deze lokale speerpunten zijn geen onderwerp van gesprek op deze themamiddag. De aanwezigen die over deze onderwerpen met de betreffende gemeente verder willen praten, kunnen zich melden bij de aanwezige wethouder of beleidsmedewerker. Schoonhoven zet extra in op drugs (benadering zowel vanuit Openbare Orde en Veiligheid als Welzijn) en Vlist op twee speerpunten te weten, de bescherming tegen infectieziekten (Rijksvaccinatieprogramma) en Gezonde Voeding. Vooral betreffende het laatste punt is helaas de constatering dat driekwart van de mensen te weinig groente en fruit eet. Om hierin een kwinkslag te maken deelt de wethouder aan de aanwezigen een appel uit. Na dit ludieke intermezzo wordt vervolgens overgegaan naar de pauze, waar velen van de aanwezigen de zojuist ontvangen appel hebben genuttigd.

7. Alvorens overgegaan wordt tot bespreking van de regionale speerpunten van de 'nieuwe' nota Gezondheidsbeleid wordt eerste de prangende vraag over de overlapping gezondheidsbeleid en WMO aangekaart. Vanzelfsprekend is er verbinding tussen de WMO en de nota, maar op het moment dat het onderwerp WMO op de agenda kwam was het voorwerk voor de nieuwe nota al in volle gang. Er is niet gewacht op de WMO ontwikkeling. Daarbij komt dat de WMO vooral lokaal is en de nieuwe nota regionaal met lokale accenten.

Het eerste gedeelte van de bijeenkomst was vooral informerend voor de aanwezigen. Het tweede deel is bedoeld om te horen van de betrokken wat men vindt van de speerpunten en wat zij vanuit hun professie voor ons zouden kunnen betekenen. In de regionale nota is gekozen voor het uitwerken van 3 van de 5 landelijke speerpunten.

8. Speerpunt: Overgewicht.

De landelijke tendens is dat kinderen, maar ook ouderen steeds zwaarder worden. Dit komt door het voedingspatroon maar bijvoorbeeld ook doordat er minder gesport wordt. Bij kinderen is de computer ook een factor. Men zit nu achter het scherm in plaats van buiten met vriendjes en vriendinnetjes. De 24-uurs economie is ook debet aan het minder sporten van de ouders. Vanuit de zaal zijn signalen te horen dat sporten en gezond eten op scholen eigenlijk verplicht zou moeten worden. Nu is er teveel sprake van vrijblijvendheid. Dit is ook een wens vanuit de gemeente, maar er zijn geen handvatten om scholen te verplichten. Het schoolbestuur is autonoom. Door verschillende aanbieders (Vierstroom/ Sportservice e.d.) worden trajecten ingezet die zich richten op zowel de basisschooljeugd als voortgezet onderwijs. Geconstateerd wordt dat veel gedaan wordt in de repressieve sfeer, terwijl preventie wenselijk is. Illustratief is dat de aanwezigen allemaal spreken over 'de jeugd/ oudere moet dit of dat'. Het is geen zaak van moeten!! De norm moet zijn Bewegen en Gezond Eten is leuk en lekker.

9. Overmatig alcoholgebruik

Uit de signalen vanuit de zaal is duidelijk op te maken dat op het gebied van alcohol de focus niet alleen moet liggen op de jeugd. Ook de ouders/ verzorgers hebben hierin een taak, evenals de scholen, sportverenigingen e.d. Ook hier is preventie belangrijk. (Her)opvoeding is een belangrijk issue. De jongere moet gestimuleerd worden waardoor een gedragsverandering mogelijk bewerkstelligd kan worden. Op dit gebied moet veel veldwerk (voorlichting e.d.) gedaan worden. Ook is het gewenst om de handhaving aan te scherpen.

De vraag wordt vanuit de zaal gesteld of het verstandig is een splitsing te maken tussen de alcohol- en drugsproblematiek. De keuze is gemaakt op basis van de beschikbare kengetallen. Hiermee is

niet gezegd dat drugs geen issue is maar van drugsgebruik zijn er minder kengetallen. Het ligt in de lijn der verwachting dat in 2008 onderzoek gedaan zal worden naar het gebruik, handel e.d. van drugs. Als uit het onderzoek naar voren komt dat drugs een steeds groter probleem wordt in de Krimpenerwaard, zal hier ongetwijfeld ook op ingezet gaan worden. Vooralsnog is het echter geen speerpunt. Vermeldenswaardig is hierbij wel dat in het kader van de integraliteit Gezondheidsbeleid en Openbare Orde en Veiligheid samen optrekken, zodat vanuit beide zijden de problematiek belicht wordt.

10. Psychosociale problemen

In de zaal zijn een aantal aanwezigen (Kwadraad/ MEE) die verschillende producten en diensten aanbieden om deze problematiek het hoofd te bieden. Ook de huisartsen geven aan dat diagnostiek en outreachend werken voor psychosociale problemen erg belangrijk is.

De huisartsen maken van de gelegenheid gebruik om aan te geven dat zij - inmiddels vertegenwoordigd in een coöperatie K5 - graag gesprekspartner van de lokale overheid wensen te zijn.

Na bespreking van dit speerpunt eindigt de themamiddag met een non-alcoholisch drankje en een gezonde versnapering.

Algemene conclusie van de themamiddag

Op de eerste plaats kan gesteld worden dat het een prettige, interactieve en positieve bijeenkomst was met veel inbreng van de deelnemers.

Verder kan het volgende geconcludeerd worden wat betreft de gekozen regionale speerpunten:

- Er is een groot draagvlak voor de gekozen speerpunten;
- De aanwezigen hebben geen aanvullende speerpunten naar voren gebracht;
- Wel zijn de aanwezigen van mening dat bij de speerpunten, die betrekking hebben op jongeren, de ouders actief betrokken moeten worden;
- Ook is aandacht gevraagd voor de doelgroep volwassenen (18-65 jaar) bij het speerpunt overmatig alcoholgebruik.

Wat betreft de implementatie van de speerpunten is het volgende ter tafel gekomen:

- Er is veel bereidheid tot samenwerking waarbij het belang van regievoering door de gemeente wordt ingezien;
- Het bestaande aanbod is al groot en divers, er is niet aangegeven dat bepaalde activiteiten gemist worden. Wel is gezegd dat momenteel niet altijd de juiste doelgroep bij het juiste aanbod komt;
- Het is belangrijk om goed inzichtelijk te krijgen hoe de diverse financieringsstromen lopen (vanuit o.a. zorgkantoor, ministeries en gemeenten);
- Sommige organisaties zoals de werkgroep AA en de coöperatie huisartsen Krimpenerwaard hebben expliciet aangegeven mee te willen werken bij de uitvoering van de speerpunten. Andere organisaties hebben hun aanbod op de speerpunten toegelicht.
- Aanbevolen wordt om vooral een positieve invalshoek te kiezen bij de uitwerking van de speerpunten: dus niet "bewegen moet omdat het goed voor je is" maar wel "bewegen is leuk en gezellig om te doen".

Aan de aanwezigen is toegezegd dat zij op de hoogte gesteld worden zodra de concept- notitie lokaal gezondheidsbeleid 2007-2011 klaar is en op de website staat.

Ambtelijke aanbevelingen/conclusies

- Door het grote bestaande activiteiten aanbod lijkt het onoverzichtelijk geheel. Een uitgebreide (digitale) sociale kaart is een vereiste om een goed gebruik van het aanbod te kunnen maken.

- Door het grote en onoverzichtelijke aanbod is het voor de gemeente bij het uitwerken van de speerpunten belangrijk goed te letten op de kwaliteit van het bestaande aanbod
- Ook oppassen met de financiering van bepaalde activiteiten die met behulp van andere externe en gemeentelijke financieringsbronnen reeds uitgevoerd worden
- De gekozen speerpunten kunnen onveranderd verder uitgewerkt worden met de opmerking dat als het speerpunt betrekking heeft op jongeren de ouders actief betrokken worden.

Deelnemerslijst themamiddag lokaal gezondheidsbeleid Krimpenerwaard 4 juni 2007

ANBO	mw. B. van de Berg
ANBO Lekkerkerk	mw. M. Graafzand
Gemeente Bergambacht	J. Vente
Gemeente Nederlek	R. van de Haterd
Gemeente Ouderkerk	K. Dogterom
Gemeente Vlist	A.H. van Dorp
GGD Hollands-Midden	mw. M. Bekedam
HAP, huisarts Bergambacht	G.B. Kool
Huisarts Nederlek	mw. M. van de Sanden
Huisartsencoöperatie Krimpenerwaard	J. Kwakerneck
K5-gemeenten, afdeling Onderwijs	mw. A. Dragt
Meander	mw. S. Dewkinandan
MEE Midden-Holland	T. Wulfer
PCOB Bergambacht	W. Graafland
PH Haastrecht 1 ^e lijnspsycholoog	mw. A. van Jaarsveld
Sportservice Zuid-Holland	mw. V. van der Plas
Steunpunt mantelzorg/informele zorg	mw. B. Coren
Stichting Kwadraad	mw. N. Duijm
SWSN (ouderenadviseur)	mw. D. Schaaphok
Vierstroom Zorgring	mw. A. de Haan
Vierstroom Zorgring	mw. D. Pels
Werkgroep AA Gouda	J. Meijer
Zorgberaad Midden-Holland	W. Oskam
Zorgvragers Organisatie GGZ Midden-Holland	M. de Jager
ZPMH Breeje Hendrick	mw. L. Vermeulen
ZPMH Breeje Hendrick	mw. J. van Straaten

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.