

Vooraf

Voor u ligt de nota Volksgezondheidszorg 2008-2011 van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem (vanaf nu de drie gemeenten genoemd). In deze nota kunt u lezen waar de drie gemeenten zich de komende jaren in het kader van het gezondheidsbeleid op willen richten. De inhoud van deze nota vereist vooraf een korte toelichting. Het is namelijk niet eenvoudig om het gezondheidsbeleid als een eigenstandige discipline op te vatten. Het beleid strekt zich niet alleen uit over vele sectoren (zorg, sport, jeugd, ruimtelijke ordening, verkeer, veiligheid, onderwijs, milieu en welzijn) maar is tevens georganiseerd vanuit verschillende functies (preventief of curatief). Om die reden wil het Rijk de gemeenten meegeven volksgezondheid vanuit een brede en integrale blik te benaderen.

Grofweg zijn er drie categorieën te onderscheiden, namelijk

- gezondheidsbescherming
- gezondheidsbevordering
- en curatieve zorg

Het gezondheidsbeleid zoals in deze nota opgevat, heeft betrekking op gezondheidsbevordering. In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn alle overheidstaken ter bevordering van de volksgezondheid opgenomen. Het gezondheidsbeleid zoals in deze nota opgevat, is voornamelijk gericht op de collectieve preventie en de openbare gezondheidszorg.

Op dit onderdeel vervult de gemeente een regierol en kan zij enig invloed uitoefenen. Echter de relatie met de andere twee onderdelen (gezondheidsbescherming en curatieve zorg) mag niet uit het oog verloren worden en dan in het bijzonder de relatie met de curatieve zorgsector (eerstelijnszorg). Gezondheidsbeleid is onlosmakelijk verbonden met de definitie van gezondheid. Gezondheid wordt in Nederland breed gedefinieerd en heeft niet alleen betrekking op lichamelijke gezondheid. Deze invalshoek biedt kansen voor inventief en integraal beleid. Het gevaar bestaat ook dat alles met elkaar in verband wordt gebracht en dat de uiteindelijke effectiviteit uit het oog wordt verloren. Inkadering is daarom noodzakelijk. Aspecten als de ontwikkeling van AED's, het inrichten van speelplaatsen in nieuwbouwwijken, dorpsontwikkelpunten, huisvesting, recreatie et cetera worden buiten deze nota gehouden. Dat neemt niet weg, dat afstemming tussen betrokken beleidsterreinen wel van belang is en blijft.

Er zijn vier factoren van invloed op gezondheid:

- A. Biologische factoren en erfelijkheid
- B. Fysieke en sociale omgeving
- C. Leefstijl (gedrag)
- D. Kwaliteit en beschikbaarheid van de gezondheidsvoorzieningen.

De centrale factor voor deze nota is leefstijl, aangezien dit een factor is die door beleid (in zekere mate) beïnvloedbaar is. Ook de factor omgeving heeft een indirecte rol van betekenis. In deze nota staan met name preventieve activiteiten gericht op leefstijl centraal. Deze preventieve activiteiten zijn, zo kunt u in de nota lezen, gericht op de volgende speerpunten:

- alcohol en drugs
- overgewicht
- depressie
- ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg
- integraliteit

Kortom, dit zijn de speerpunten waar de drie gemeenten zich de komende jaren op gaan richten en die de rode draad vormen van deze nota.

februari 2008

Inhoudsopgave

VOORAF	II
INHOUDSOPGAVE.....	IV
1. TERUGBLIK NOTA VOLKSGEZONDHEID 2003-2007	1
2. SAMENVATTING NOTA VOLKSGEZONDHEID 2008-2011	3
3. PLAN VAN AANPAK 2008-2011.....	6
3.1 COÖRDINATIE.....	6
3.2 ACTIEPUNTEN.....	7
4. FINANCIËLE PARAGRAAF	13
4.1 MIDDELEN.....	13
4.2 UREN.....	14
4.3 BEGROTING 2008-2011.....	15
5. ALGEMEEN.....	17
5.1 DEFINITIE EN DOELSTELLING	17
5.2 LANDELIJK KADER.....	17
5.3 GEZONDHEIDSSITUATIE	19
6 BELEID.....	24
6.1 ALCOHOL	24
6.1.1 Inleiding	24
6.1.2 Wat willen we bereiken?	25
6.1.3 Wat gaan we ervoor doen?.....	26
6.2 DRUGSPREVENTIE	30
6.2.1 Inleiding.....	30
6.2.2 Wat willen we bereiken?	31
6.2.3 Wat gaan we er voor doen?.....	31
6.3 OVERGEWICHT	32
6.3.1 Inleiding.....	32
6.3.2 Wat willen we bereiken?	33
6.3.3 Wat gaan we er voor doen?.....	33
6.4 DEPRESSIE.....	37
6.4.1 Inleiding	37
6.4.2 Wat willen we bereiken?	38
6.4.3 Wat gaan we ervoor doen?.....	38
6.5 DE ONTWIKKELINGEN BINNEN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	42
6.5.1 Inleiding	42
6.5.2 Wat willen we bereiken?	43
6.5.3 Wat gaan we er voor doen?.....	43
6.6 INTEGRALITEIT	46
6.7 CONCLUSIE.....	46

7. BIJLAGEN.....	49
BIJLAGE 1: BEGRIPPEN, DEFINITIES EN AFKORTINGEN	49
BIJLAGE 2: LITERATUURLIJST	50
BIJLAGE 3 RELEVANTE PARTIJEN C.Q BELEIDSVELDEN	52

1. Terugblik nota volksgezondheid 2003-2007

De nota volksgezondheid 2003-2007 was ook een gezamenlijke nota van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem. Het doel van deze nota was samen met de drie gemeenten te werken aan de bevordering van gezonde leefstijlen en de versterking van de openbare gezondheidszorg in het Land van Heusden en Altena. Om dit te bereiken is destijds een drietal speerpunten geformuleerd welke uitgewerkt zijn in actiepunten.

Het betrof de speerpunten:

- leefstijl en gedrag
- zorgaanbod
- jeugdgezondheidszorg

Leefstijl en gedrag

Binnen dit speerpunt hebben de gemeenten zich gericht op voorlichtingen rondom genotmiddelen, het verminderen van overgewicht en het stimuleren van gezonde voeding en bewegen. Zowel onder jeugdigen als onder ouderen.

Rondom genotmiddelengebruik kan geconcludeerd worden dat de voorlichtingen, op scholen en in dorpshuizen, positief worden ontvangen. Afstemming en handhaving tussen diverse partijen zou nog beter georganiseerd kunnen worden. Op dit gebied is nog steeds een slag te slaan. Rondom overgewicht valt op dat veel van de voorgenomen actiepunten in de praktijk niet bleken aan te sluiten bij de behoefte van de burgers of organisaties en daarom niet van de grond zijn gekomen. Dit terwijl de zorg dat overgewicht een toenemend probleem is, wel gedeeld wordt. De afstemming tussen diverse afdelingen binnen gemeenten heeft voorzichtig vorm gekregen maar zal nader uitgebouwd moeten worden. Als het gaat om het stimuleren van bewegen geldt voor Werkendam dat het BOS-project hier een grote rol in speelt. De ervaringen met dit project zijn positief.

Zorgaanbod

Het speerpunt zorgaanbod betrof met name de contacten met de huisartsen, huiselijk geweld en de openbare geestelijke gezondheidszorg. Het overleg met de huisartsen heeft de afgelopen jaren een impuls gekregen en dit heeft geresulteerd in het feit dat gemeenten en huisartsen elkaar steeds beter weten te vinden. Het aandachtspunt huiselijk geweld heeft niet alleen landelijk maar ook lokaal volop in de aandacht gestaan en daarmee is meer bekendheid gegeven aan bijvoorbeeld het meldpunt huiselijk geweld. Als het gaat om de geestelijke gezondheidszorg is er veel veranderd de afgelopen jaren en er gaat ook nog veel veranderen. Binnen de WMO zal dit de komende jaren opgepakt worden als apart prestatieveld.

Jeugdgezondheidszorg

Binnen de jeugdgezondheidszorg hebben de afgelopen jaren veel ontwikkelingen en veranderingen plaatsgevonden. Er is veel geld voor uitgetrokken en er zal ook nog veel geld voor uitgetrokken worden de komende jaren. Financiële tekorten voor de 0-4 jarigen zorg zoals geschetst in de nota is nu niet meer ter sprake. Het actiepunt is enigszins ingehaald door allerlei ontwikkelingen.

Concluderend

Geconcludeerd kan worden de afgelopen vier jaar hard gewerkt is aan de vastgelegde speerpunten c.q. actiepunten. Niet alle actiepunten zijn van de grond gekomen. Een probleem bij de uitvoering was dat er bij externe partijen uiteindelijk geen behoefte bestond aan de vorm waarin de actie was gegoten. Bovendien is de nota hier en daar ingehaald door ontwikkelingen die vooraf niet in te schatten waren.

Los van de inhoud concluderen wij dan ook dat het goed is om in te spelen op actuele problemen, maar de manier waarop zal in overleg met externe partijen ingevuld moeten worden. Het verdient dus aanbeveling om in de nieuwe nota wel speerpunten te bepalen, maar met de invulling moet flexibel worden omgegaan. Het doel van de nota 2003-2007 is voor een deel bereikt. Er wordt hard gewerkt aan de versterking van de openbare gezondheidszorg en met name de voorlichtingen rondom de gezonde leefstijl en gedrag worden positief ontvangen. Echter het effect van de actiepunten uit de nota volksgezondheid 2003-2007 is moeilijk te meten. Dat zal op een schaalgrootte, Land van Heusden en Altena, altijd moeilijk blijven.

2. Samenvatting nota volksgezondheid 2008-2011

Hieronder volgt een korte samenvatting van de keuzes die de drie gemeenten hebben gemaakt voor het volksgezondheidsbeleid de komende vier jaar. De uitgebreidere onderbouwing van de gekozen speerpunten en actiepunten vindt u in deel twee van deze nota.

Hoog ambitieniveau

Om de volksgezondheid van de burgers in het Land van Heusden en Altena te bevorderen, zullen de drie gemeenten nauw moeten samenwerken met organisaties als de GGD, jeugdgezondheidszorg, GGZ, huisartsen, scholen, Maatschappelijk Werk, verslavingszorg etc. Het ambitieniveau is hoog. De drie gemeenten streven hierbij naar een integrale benadering. Niet alleen afstemming met alle verantwoordelijke externe organisaties is van belang, ook afstemming tussen de beleidsterreinen onderling is belangrijk om het gewenste resultaat te bereiken.

Speerpunten

Vanuit het wettelijk en landelijk kader hebben de drie gemeenten vijf speerpunten geformuleerd. De drie gemeente willen zich de komende jaren inzetten op de speerpunten:

- alcohol en drugs
- overgewicht
- depressie
- ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg
- integraliteit

Naast deze speerpunten is er voor gekozen om de doelgroep mensen met een lage sociaal economische status bij de uitwerking van de speerpunten mee te nemen.

Alcohol en drugs

Alcohol is het meest gebruikte genotmiddel in ons land. Het gebruik is sociaal en economisch diep in onze samenleving geworteld. Overmatig alcohol gebruik is slecht voor de gezondheid. Met name de jongeren in onze samenleving lijken steeds vroeger te beginnen met drinken. Vaak al rond 12 jaar. Ook de hoeveelheden alcohol die jongeren drinken baart steeds meer zorgen. Landelijk wordt hier dan ook flink op ingezet. Het gaat niet alleen om het ontmoedigen van alcoholgebruik onder jongeren maar ook om bewustwording bij deze jongeren en hun ouders over de gevolgen van alcoholgebruik voor het zestiende levensjaar. Naast gezondheidsproblemen kan het gebruik van alcohol ook voor andere problemen zorgen. Denk aan openbare orde problematiek en maatschappelijke problematiek. Dit geldt zowel voor volwassenen als voor jongeren. De komende vier jaar staan de volgende doelstellingen centraal:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Tegengaan van alcoholgebruik onder de 16 jaar.2. Voorkomen en vroegsignaleren van schadelijk alcoholgebruik en openbare orde problematiek3. Voorkomen van maatschappelijk en privé-problematiek als gevolg van alcoholgebruik. |
|---|

Om deze doelstellingen te bereiken zullen preventieactiviteiten worden ingezet gericht op jongeren en hun ouders. Naast preventieactiviteiten wordt ook landelijk veel ingezet op alcoholpreventie. Er komt een nieuwe Drank- en Horecawet waarin meer bevoegdheden voor gemeenten (lees burgemeester) zullen worden vastgelegd.

Hierbij kan gedacht worden aan handhaving omtrent alcoholverkoop aan jongeren onder de 16 jaar, het verlenen van vergunningen aan horecaondernemingen, gemeentelijke toezichthouders, strengere controle op verkoop van alcohol in winkels etc. Deze nieuwe drank- en horecawet is nog in ontwikkeling. Zodra de nieuwe wet van kracht wordt, zullen ook de drie gemeenten hiermee aan de slag gaan.

Hoewel alcohol de meest zorgwekkende drugs is, mag het gebruik van andere vormen van drugs niet onderschat worden. De komende jaren zullen ook preventieactiviteiten op dit terrein worden opgezet. Er zal echter minder op worden ingezet dan bij alcohol.

Overgewicht

Overgewicht komt niet alleen landelijk veel voor, ook in het land van Heusden en Altena is het een probleem. Met name de leeftijdscategorie ouderen (65-plussers) scoort hoog op ernstig overgewicht. Verder zijn steeds meer kinderen en jongeren te dik. Binnen dit speerpunt zal de aandacht dan ook met name uitgaan naar ouderen en kinderen/jongeren. De volgende doelstellingen zijn geformuleerd:

1. Het percentage volwassenen met overgewicht moet minimaal gelijk blijven.
2. Het percentage kinderen/jongeren met overgewicht moet dalen.
3. Het percentage ernstig overgewicht bij ouderen moet afnemen.

Overgewicht is een combinatie van te weinig bewegen en ongezond eten. (Preventie)activiteiten zullen op beide aspecten ingezet moeten worden, wil het resultaat effect hebben. Bovendien blijkt het dat al veel initiatieven worden ontplooid, maar dat er vaak nog weinig afstemming is. Vaak blijken het eenmalige projecten te zijn en wordt de continuïteit gemist. Het is belangrijk dat deze initiatieven in beeld gebracht worden. Samen met relevante instellingen kunnen dan de hiaten gezocht worden en kan er afstemming plaatsvinden tussen alle activiteiten.

Depressie

Hoewel niet in de startnotitie volksgezondheid opgenomen, is depressie in de uiteindelijke nota toch toegevoegd. Ook depressie blijkt landelijk en lokaal steeds vaker voor te komen. Het percentage eenzame ouderen in de drie gemeenten blijkt schrikbarend hoog. Hoewel de volgende conclusie niet één op één getrokken mag worden, kan eenzaamheid overgaan in depressieve klachten. Cijfers rondom depressie bij jongeren en volwassenen zijn er nog onvoldoende, maar zo geeft de GGZ aan, ook deze cijfers zijn naar verwachting hoger dan men altijd heeft gedacht. Hoewel ouderen hoog scoren op eenzaamheid zullen alle doelgroepen centraal staan binnen dit speerpunt, omdat depressie voorkomt op alle leeftijden.

De volgende doelstellingen zijn dan ook opgenomen.

1. Het vergroten van het gebruik van preventieve hulp.
2. Het inzetten van preventieve programma's ter voorkoming van depressies.
3. Het bevorderen van vroegsignalering en het verlagen van de drempel voor de hulpvraag. Met als doel te voorkomen dat depressies blijven woekeren, waardoor de kans op genezing kleiner wordt.

Om deze doelen te bereiken willen we voorlichtingsbijeenkomsten laten organiseren en zorgen voor een goede informatievoorziening rondom depressie. Niet alleen voor de burgers zelf maar ook voor de professionals en vrijwilligers die in aanraking komen met mensen met depressieve klachten. Professionals en vrijwilligers die voldoende opgeleid c.q. getraind te zijn om zo op een goede manier ondersteuning te kunnen bieden. Bij dit alles willen we zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande projecten.

Ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg

Sinds Operatie Jong staat de jeugdgezondheidszorg (JGZ) volop in de belangstelling. Met de aanstelling van een minister voor jeugd en gezin en het opzetten van het programmaministerie voor jeugd en gezin is deze aandacht alleen maar toegenomen. De ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg gaan zo snel dat bij het vaststellen van deze nota een deel van de informatie wellicht al weer achterhaald is. Een aantal ontwikkelingen staat echter de komende jaren centraal. Denk aan de ontwikkeling van een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), de invoering van het Elektronisch Kinddossier (EKD), de ontwikkeling van het signaleringssysteem Zorg voor Jeugd met daaraan gekoppeld de Landelijke Verwijsindex Risicjongeren. Stuk voor stuk ontwikkelingen waar alle gemeenten mee te maken krijgen en waar het rijk extra geld voor beschikbaar stelt.

Daarnaast speelt het probleem van de integrale jeugdgezondheidszorg. De overdracht tussen de 0-4 jarigen zorg verzorgt door de thuiszorg en de 4-19 jarigen zorg verzorgt door de GGD blijkt nog steeds niet altijd soepel te lopen. Ook hierop wordt ingezet. De komende jaren zullen dan ook in het teken staan van de volgende doelstellingen.

1. De integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar heeft vorm gekregen.
2. Elke jeugdzorginstelling werkt met een elektronisch kinddossier.
3. Elke gemeente heeft een lokaal signaleringssysteem gekoppeld aan het landelijke verwijsindex risicjongeren.
4. In elke gemeente/ regio is een Centrum/loket voor Jeugd en Gezin.

Integraliteit

In de hele nota kunt u lezen dat de drie gemeenten streven naar integraal beleid. Gedurende de looptijd van deze nota willen we deze integraliteit meer handen en voeten geven. Daarbij denken we niet alleen aan afstemming intern (tussen beleidsterreinen) maar ook aan afstemming extern (tussen diverse organisaties). Als aanvulling op de vastgestelde speerpunten in de startnotitie is dit speerpunt toegevoegd.

Leeswijzer

Bovenstaande speerpunten en doelstellingen zijn uitgewerkt in actiepunten welke schematisch zijn weergegeven in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 treft u de financiële onderbouwing van deze actiepunten aan. Een uitgebreide onderbouwing en toelichting van deze actiepunten is opgenomen in de hoofdstukken 5 en 6. In hoofdstuk 7 zijn de bijlagen opgenomen welke het lezen van deze nota vergemakkelijken. In een apart bijlagenboek is extra informatie opgenomen voor de geïnteresseerde lezer.

3. Plan van aanpak 2008-2011

3.1 Coördinatie

De nota volksgezondheid heeft een looptijd van 2008 tot 2011. De uitwerking van alle speerpunten in actiepunten is terug te vinden in paragraaf 3.2. Het actieprogramma wordt in principe aangestuurd door de beleidsmedewerker volksgezondheidszorg. Deze bewaakt de voortgang en de resultaten in algemene zin. Dat laat onverlet dat de vakinhoudelijke beleidsmedewerkers verantwoordelijk blijven voor de uitvoering binnen hun actiegebied. Omdat niet alle actiepunten in één keer opgepakt kunnen worden, worden deze over 4 jaar verspreid. In paragraaf 3.2. kunt u globaal zien welk actiepunt wanneer gepland staat. Daarnaast zijn de volgende kolommen inzichtelijk gemaakt in het actieplan;

- Welk doel streven we na;
- Wie zijn bij het actiepunt betrokken;
- Welke kosten verwachten we (de kosten opgenomen in het actieplan zijn de kosten voor 3 gemeenten in vier jaar);
- Hoeveel ambtelijke uren zullen er mee gemoeid zijn;
- Voor welke doelgroep wordt de actie opgezet;
- Welke rol speelt de gemeente;
- Hoe willen we de actie meten;
- En welke beleidsterreinen hebben een overlap met de in te zetten actie.

Eén keer per jaar vindt met de drie gemeenten in overleg met betrokken externe partijen een evaluatie plaats omtrent de ingezette acties. Het college zal hierover schriftelijk worden geïnformeerd, voor zover dat niet via andere kanalen al gebeurt. In 2010 en 2011 zal een tussen- en een eindevaluatie opgesteld worden ten behoeve van de gemeenteraad. Voor de uitwerking van de speerpunten zal uiteraard regelmatig overleg gepland worden.

3.2 Actiepunten

Speer-punt	Actie	Doel/effect	Betrokkenen	Termijn	Kosten ¹	Ambtelijke uren volksgezondheid	Doelgroep	Rol gemeente	Prestatie indicator	Overlappinge beleids-terreinen
Alcohol en drugs										
1.1	Gezamenlijk ontwikkelen van een plan van aanpak lokaal alcoholbeleid.	Komen tot een gemeentebrede, integrale aanpak alcoholproblematiek.	Welzijnsorganisaties Boa Verkooppunten alcohol GGD Horeca-overleg Novadic/kentron De Hoop Politie	2009-2011	€ 0,00	40 uur	Alle burgers met de focus op jongeren	Regisseur	Vastgesteld plan van aanpak	Openbare orde en veiligheid Economische zaken Jeugd Onderwijs
1.2	Continueren en uitbreiden van huidige preventie-activiteiten.	Het voorkomen en bewustwording van de gevolgen van schadelijk alcoholgebruik .	Welzijnsorganisaties Scholen Novadic/kentron De Hoop GGD	2008-2011	€ 40.000	200	Jongeren, ouders en doelgroep 'lage ses'.	Initiator facilitator	aantal preventie-activiteiten bereik preventie-activiteiten jeugdmonitor GGD (nulmeting 2007)	Openbare orde en veiligheid Jeugdbeleid Onderwijs WMO
1.3	Basisscholen stimuleren tot het inzetten van weerbaarheids-trainingen.	Kinderen worden weerbaarder en leren verleidingen te weerstaan. (zowel op het gebied van alcohol als ook op het gebied van de andere speerpunten.	Basisscholen Aanbieders interventie-programma's Welzijnsinstellingen	2008-2011	€ 180.000	250	Basisschool-leerlingen	Stimulator	Aantal kinderen dat heeft deelgenomen aan de weerbaarheidstrainingen Evaluatie weerbaarheidstrainingen	Onderwijs jeugd
1.4	Afstemmen ontwikkelingen WMO beleidsplannen en volksgezondheidszorg als het gaat om de hulpverlening aan verslaafden	Integrale benadering	Interne afdelingen Centrumgemeente	2008-2011	€ 0.00	0	Verslaafden	Uitvoerend Gespreks-partner	n.v.t.	WMO

¹ Let op: dit zijn de kosten voor de drie gemeenten gedurende vier jaar.

Speer-punt	Actie	Doel/effect	Betrokkenen	Termijn	Kosten ²	Ambtelijke uren volksgezondheid	Doelgroep	Rol gemeente	Prestatie indicator	Overlap-pende beleids-terreinen
1.5	Continueren drugsvoorlichting op scholen en in dorpshuizen en uitbreiden naar andere relevante locaties.	Het voorkomen en bewustwording van de gevolgen van drugsgebruik	Welzijnsorganisaties Scholen Novadic/kentron De hoop GGD Kerken Moedige moeders Aalburg	2008-2011	Verwerkt in budget actiepunt 1.2	Verwerkt in uren actiepunt 1.2	Alle burgers met de focus op jongeren	Initiator facilitator	aantal preventie-activiteiten bereik preventie-activiteiten jeugdmonitor GGD (nulmeting 2007)	Openbare orde en veiligheid Jeugdbeleid Onderwijs WMO
overgewicht										
2.1	Alle initiatieven en activiteiten rondom overgewicht in beeld brengen.	Inzicht in en versterking van activiteiten gericht op overgewicht	Gemeenten intern GGD Scholen Welzijnsorganisaties Stichting Mark en Maasmond Sportservice Noord Brabant	2009	€ 0,00	60	Betrokken partijen	Initiator	Overzicht activiteiten gericht op overgewicht.	Onderwijs Sport
2.2	Continueren en waar mogelijk intensiveren en uitbreiden van preventieactiviteiten.	Voorkomen van overgewicht en bewustwording van de gevolgen van overgewicht.	Welzijnsorganisaties Scholen GGD Stichting Mark en Maasmond Aanbieders preventie-programma's ouderenzorg	2008-2011	€ 120.000	300	Kinderen/ jongeren en hun ouders en ouderen.	Initiator facilitator	aantal preventie-activiteiten bereik preventie-activiteiten jeugdmonitor GGD (nulmeting 2007)	Wmo Onderwijs Jeugd Sport
2.3	Beschikbaar stellen van voorlichtings-materiaal over overgewicht via huisartsen, fysiotherapeuten en andere intermediairs.	Informatieverstrekking en voorlichting	Intermediairs in de gezondheidszorg GGD Voedingscentrum	2008	€ 0,00	16	Intermediairs in de gezondheids-zorg	initiator	Folders zijn verspreid	--

² Let op: dit zijn de kosten voor de drie gemeenten gedurende vier jaar.

Speer-punt	Actie	Doel/effect	Betrokkenen	Termijn	Kosten ³	Ambtelijke uren volksgezondheid	Doelgroep	Rol gemeente	Prestatie indicator	Overlap-pende beleids-terreinen
2.4	In gesprek gaan en afspraken maken met (basis)scholen, consultatiebureaus, artsen en GGD over de rol die zij kunnen spelen bij preventie en bestrijding van overgewicht	Betere samenwerking gericht op (vroeg)signalering en preventie van overgewicht	Scholen Consultatiebureaus Artsen GGD	2009-2011	€ 0.00	50	Kinderen/ jongeren en hun ouders	Initiator Stimulator	Vastgelegde afspraken over preventie van overgewicht	Jeugd Onderwijs WMO
2.5	Bij de uitvoering van PGO's extra aandacht geven aan voeding en bewegen	Voorkomen en bestrijden van overgewicht en bewustwording van de gevolgen van overgewicht	GGD	2009-2011	Pm	20	Ouders met (jonge) kinderen	Initiator	Gegevens jeuginformatie-systeem Het aantal gesprekken waarin het onderwerp voeding en beweging extra aandacht heeft gekregen.	Jeugd
2.6	Bevorderen beweging door ouderen via doelgerichte activiteiten	Voorkomen van overgewicht en bestrijding eenzaamheid	Aanbieders interventie-programma's Ouderenorganisaties Meer Bewegen Voor Ouderen	2009-2011	€ 25.000	60	Ouderen	Initiator Facilitator	Ouderenmonitor GGD (nulmeting 2006) Aantal bijeenkomsten Opkomst bijeenkomsten	WMO Sport
2.7	Meer bekendheid geven aan het activiteitenfonds voor minima	Bevorderen van het gebruik van het activiteitenfonds door minima	Sociale Zaken	2008 - 2011	€ 0.00	24	Minima	uitvoerder	Aantal personen dat gebruik maakt van het activiteitenfonds (2007 = nulmeting)	Sociale Zaken WMO

³ Let op: dit zijn de kosten voor de drie gemeenten gedurende vier jaar.

Speer-punt	Actie	Doel/effect	Betrokkenen	Termijn	Kosten ⁴	Ambtelijke uren volksgezondheid	Doelgroep	Rol gemeente	Prestatie indicator	Overlappinge beleids-terreinen
Depressie										
3.1	Met de uitvoerende organisaties afspraken maken over de in te zetten interventies	Inzicht krijgen in het bereik en effect van de interventies	Uitvoerende organisaties (waaronder de GGZ)	2009-2011	Pm	20	Uitvoerende organisaties (waaronder de GGZ)	Initiator	Vastgelegde afspraken	WMO
3.2	Laten organiseren van voorlichting over depressiviteit/ eenzaamheid door middel van voorlichtingsbijeenkomsten en berichtgeving	Signalering en bewustwording van de gevolgen van depressie	GGZ AMW JGZ Mantelzorg- ondersteuners	2009-2011	€ 60.000	300	Alle burgers en met name de risicogroepen	Stimulator Facilitator	Ouderenmonitor GGD (nulmeting 2006) Aantal bijeenkomsten Opkomst bijeenkomsten	WMO (Mantelzorgondersteuners)
3.3	Faciliteren van extra aandachtscapaciteit depressie bij JGZ voor risicogroepen.	Vroegsignalering en individuele begeleiding	JGZ	2008-2011	Pm	20	Ouders met kinderen in risicogroepen	facilitator	Aantal aandachtscapaciteit Evaluatie aandachtscapaciteit	Jeugd
3.4	Stimuleren van (ontmoetings)activiteiten voor ouderen	Bestrijding eenzaamheid	Welzijnsorganisaties	2008-2011	€ 40.000	300	Ouderen	Regisseur	Aantal ontmoetings-activiteiten Opkomst ontmoetings-activiteiten	WMO Welzijn

⁴ Let op: dit zijn de kosten voor de drie gemeenten gedurende vier jaar.

Speer-punt	Actie	Doel/effect	Betrokkenen	Termijn	Kosten ⁵	Ambtelijke uren volksgezondheid	Doelgroep	Rol gemeente	Prestatie indicator	Overlap-pende beleids-terreinen
3.5	Stimuleren en ondersteunen vrijwilligerswerk voor en door volwassenen en ouderen met depressieve klachten	Bestrijding eenzaamheid en depressie	Vrijwilligerscentrales en welzijnsorganisaties	2008-2011	€ 20.000	60	Bestaande en nieuw te werven vrijwilligers	Regisseur	Aantal vrijwilligers Bereik vrijwilligers Inzet uren vrijwilligers	WMO Welzijn
jeugdgezondheidszorg										
4.1	Volgen van het regionaal onderzoek integrale jeugdgezondheidszorg en naar aanleiding van de uitkomsten actie ondernemen.	Goed functionerend integrale jeugdgezondheidszorg	GGD Thuiszorginstellingen	2008-2011	Pm	150	- 9 maanden tot 23 jaar.	Volger	n.v.t.	Jeugd
4.2	Volgen van de landelijke ontwikkelingen rondom het EKD en afhankelijk hiervan invulling geven aan de regierol als gemeente	Invoering EKD	GGD Thuiszorginstellingen	2008-2009	Pm	300	- 9 maanden tot 23 jaar.	Volger Regisseur Facilitator	n.v.t.	Jeugd
4.3	Invoeren van het systeem zorg voor jeugd inclusief de koppeling met het landelijke verwijsindex risicjongeren.	Regelen van Vroegtijdige signalering en zorgcoördinatie rondom 'probleemkinderen'	Welzijnsorganisaties Scholen GGD JGZ Politie Provincie Gemeenten West-Brabant VNG JZT (Werkendam/ Woudrichem) 12- en 12+ netwerk (Aalburg)	2008-2009	Pm	300	0-23 jarigen	Regisseur Facilitator	Het systeem is er.	Jeugd Onderwijs Openbare Orde en Veiligheid.

⁵ Let op: dit zijn de kosten voor de drie gemeenten gedurende vier jaar.

Speer-punt	Actie	Doel/effect	Betrokkenen	Termijn	Kosten ⁶	Ambtelijke uren volksgezondheid	Doelgroep	Rol gemeente	Prestatie indicator	Overlap-pende beleids-terreinen
4.4	Het ontwikkelen van een centrum/ loket voor jeugd en gezin en bij deze ontwikkeling samenwerken met de drie gemeenten.	Één eenduidig loket voor vragen van burgers	Nader in te vullen. De drie gemeenten in het Land van Heusden en Altena	2011	Pm	900	Alle burgers	Regisseur	Gerealiseerd centrum/ loket	Nader in te vullen
Integraliteit										
5.1	Ontwikkelen en bijhouden van een jaaractiviteiten kalender waarop organisaties	Afstemming en bekendheid met elkaars activiteiten Informatievoorziening	Alle betrokken instellingen genoemd in de nota	2009-2011	€ 0,00	60	Alle betrokken instellingen genoemd in de nota	Regisseur	Vastgestelde jaarkalender	Jeugd Onderwijs Openbare Orde en Veiligheid. WMO Sport
5.2	Bewaken van de afstemming tussen diverse beleidsterreinen daar waar het gaat om gezondheidsaspecten	Afstemming en integraliteit in beleid	Alle beleidsterreinen binnen gemeenten waar gezondheidsaspecten behandeld worden.	2008-2011	€ 0,00	20	intern	uitvoerder	n.v.t.	Alle beleidsterrein en binnen gemeenten waar gezondheidsaspecten behandeld worden.

⁶ Let op: dit zijn de kosten voor de drie gemeenten gedurende vier jaar.

4. Financiële paragraaf

4.1 Middelen

De genoemde acties zullen voor een groot deel worden gefinancierd vanuit de bestaande beleidsbudgetten. Deze middelen zijn als volgt verdeeld.

In het gemeentefonds is een bedrag opgenomen voor:

- De uitvoering van de GGD werkzaamheden
- De uitvoering van het algemene jeugdbeleid
- De uitvoering van volksgezondheidsbeleid
- De uitvoering van het ouderenbeleid

De middelen ten behoeve van de uitvoering van de GGD zijn nog onder te verdelen in:

- budget GGD uniform, welke voor vier jaar worden vastgelegd door middel van het BasisTakenPakket
- budget GGD maatwerk, waar jaarlijks afspraken over gemaakt worden.

Daarnaast ontvangen de gemeenten vanaf 2008 een brede doeluitkering (BDU).

De BDU bestaat uit een aantal budgetten die in het verleden al werden ontvangen en een extra bedrag dat het Ministerie de komende jaren ter beschikking stelt voor de opzet van onder andere een Centrum voor Jeugd en Gezin. Voor dit laatste punt stelt het Ministerie olopend in vier jaar 100 miljoen beschikbaar. Dit deel wordt ook wel de enveloppe jeugd genoemd.

Totaaloverzicht Brede doeluitkering Centra Jeugd en Gezin (bedragen in miljoenen euro's)

No	Bedragen opgenomen in BDU CJG	Jaar 2008	Jaar 2009	Jaar 2010	Jaar 2011	Totalen
1	Tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (RSU jgz)	190	190	190	190	760
2	Extra middelen kabinet	21	46	71	100	238
3	Regeling gezins- en opvoed-ondersteuning (G50)	15	15	15	15	60
4	Regeling in het kader van Bestuurs-akkoord Opvoeden in de Buurt (G7)		13	13	13	39
5	Middelen preventief jeugdbeleid (motie Verhagen)	10	10	10	10	40
6	Regeling prenatale zorg		6	6	6	18
	Totaal Brede Doeluitkering	236	280	305	334	1.155

Ad 1. Dit zijn de middelen die gemeenten jaarlijks ontvangen ten behoeve van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Deze middelen werden één op één overgemaakt aan Stichting Mark en Maasmond.

Ad 2: Dit is de 100 miljoen hierboven genoemd.

Ad 3/4: Geldt ook niet voor onze gemeenten. Geldt voor de G7 gemeenten.

Ad 5: Deze middelen ontvangen de gemeenten sinds 2006. Aan de besteding van dit bedrag zijn diverse voorwaarden verbonden. Het bedrag dient te worden besteed aan voorlichting, pedagogische advisering en begeleiding, praktische hulp bij de verzorging van kinderen en gezinshulpverlening. Het is gericht op de ouders en verzorgers van jeugdigen in de leeftijd van 0-19 jaar.

Ad 6: Deze gelden worden pas in 2009 overgeheveld vanuit de AWBZ naar de gemeenten. Gelet op het macro budget zal het bedrag de drie gemeenten marginaal zijn.

Naast de BDU zullen er ook nog middelen via het gemeentefonds beschikbaar komen. Ook deze middelen bedragen in vier jaar oplopend 100 miljoen. De middelen komen echter ongeoormerkt binnen. Het is aan gemeenten om er voor te zorgen dat deze middelen veilig gesteld worden. Deze 100 miljoen zijn ook bedoeld voor de opzet van het Centrum voor Jeugd en Gezin.

Daarnaast komen er ook ongeoormerkt gelden binnen via het gemeentefonds voor het EKD en de Verwijsindex Risicjongeren.

De middelen ten behoeve van de jeugdgezondheidszorg die via de RSU-JGZ werden ontvangen, gingen naar de thuiszorginstellingen ten behoeve van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar. Zowel voor het uniforme pakket als het maatwerkpakket. Hierover werden afspraken gemaakt die werden vastgelegd. De jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar werd gefinancierd vanuit het gemeentefonds en uitgevoerd door de GGD. In tegenstelling tot de GGD onderhoudt de gemeente met thuiszorg Mark en Maasmond een subsidierelatie. Met de invoering van de BDU zal opnieuw naar deze afspraken gekeken moeten worden.

De ontwikkelingen rondom de BDU zijn nog vrij recent. Een aantal zaken is nog steeds onduidelijk. Het gevolg is dat een aantal acties in hoofdstuk 3 nog als PM posten zijn opgenomen. Indien deze acties vragen om extra inzet van budgetten volgt hier te zijner tijd nadere besluitvorming over. Met name de ontwikkeling van het EKD en het CJG zal nog wel om een financiële bijdrage van de gemeente vragen. Deze kosten zijn op dit moment echter onvoldoende bekend. In paragraaf 4.3 zijn deze kosten dan nog niet meegenomen.

In paragraaf 4.3. zijn de kosten voor de preventieactiviteiten wel schematisch in beeld gebracht. Voor de verdeling van de kosten is de verhouding 2:1:1 (Werkendam: Aalburg: Woudrichem) gehanteerd. Projecten zullen zo veel mogelijk gezamenlijk opgepakt worden om kosten te kunnen besparen. Dat neemt niet weg dat elke gemeente ruimte houdt om lokale prioriteiten te stellen bij bijvoorbeeld de inzet van de jaarlijkse middelen GGD maatwerk. Uiteraard wordt dit wel afgestemd op de vastgestelde acties in de nota.

De totaal benodigde kosten zijn naast de begrotingen van de drie gemeenten gelegd om zo de verhouding tussen de benodigd en beschikbare middelen in beeld te brengen.

4.2 Uren

In paragraaf 4.3. zijn ook de verwachte uren voor de uitvoering van de nota volksgezondheidsbeleid opgenomen. Deze uren zijn in tegenstelling tot de verwachte kosten zoveel mogelijk gelijkmatig verdeeld over de drie gemeenten. De verwachting is dat de voorbereiding van bijvoorbeeld preventieactiviteiten qua tijd niet zozeer afhankelijk is van de grootte van de gemeente zoals de verwachte kosten dat wel zijn.

Door de verwachte uren naast de capaciteitsplanningen van de diverse gemeenten te leggen, is de verhouding tussen de benodigde en beschikbare uren voor de uitvoering van de nota inzichtelijk gemaakt. Hierbij dient wel vermeld te worden dat het om een schatting van uren gaat. Immers eventuele leereffecten zijn niet verwerkt in deze urenbegroting. Het organiseren van eenzelfde soort preventieactiviteiten zou logischerwijze steeds minder tijd moeten kosten.

4.3 Begroting 2008-2011

Kosten preventieactiviteiten:							
nr.	omschrijving	2008	2009	2010	2011	totale kosten	jaar
1.2	preventieactiviteiten drugs en alcohol	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 40.000	2008 - 2011
1.3	weerbaarheidstrainingen	€ 45.000	€ 45.000	€ 45.000	€ 45.000	€ 180.000	2008 - 2011
3.2	preventieactiviteiten overgewicht	€ 30.000	€ 30.000	€ 30.000	€ 30.000	€ 120.000	2008 - 2011
3.5	nadruk bij PGO op voeding en beweging	pm	pm	pm	pm	pm	2009 - 2011
3.6	bevorderen beweging ouderen	0	€ 8.333	€ 8.333	€ 8.333	€ 25.000	2009 - 2011
4.2	voorlichting depressie	0	€ 20.000	€ 20.000	€ 20.000	€ 60.000	2009 - 2011
4.3	faciliteren extra aandachtscounselen risicogr.	pm	pm	pm	pm	pm	2009 - 2011
4.4	ontmoetingsactiviteiten ouderen	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 40.000	2008 - 2011
4.5	stimuleren vrijwilligerswerk	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000	€ 20.000	2008 - 2011
	totale kosten 2008 - 2011	€ 100.000	€ 128.333	€ 128.333	€ 128.333	€ 485.000	
	totale dekking gezamenlijk	€ 70.818	€ 70.818	€ 70.818	€ 70.818	€ 283.272	
	benodigde extra investering	€ 29.182	€ 57.515	€ 57.515	€ 57.515	€ 201.728	
	waarvan aalburg	€ 7.955	€ 15.038	€ 15.038	€ 15.038	€ 53.070	
	waarvan werkendam	€ 11.227	€ 25.392	€ 25.392	€ 25.392	€ 87.408	
	waarvan woudrichem	€ 10.000	€ 17.083	€ 17.083	€ 17.083	€ 61.250	

totale uren nota volksgezondheid						
	<u>omschrijving</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>totale uren</u>
<i>geraamde uren</i>	Preventieactiviteiten	351	578	468	405	1800
	Jeugdgezondheidszorg	700	600	225	125	1650
	totaal geraamd	1051	1178	693	530	3450

5. Algemeen

Eind 2003 verscheen de eerste nota volksgezondheid van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem: 'Gezond van Start'. Deze had een looptijd tot en met december 2007. Ook voor de periode 2008-2011 hebben de drie gemeenten in het Land van Heusden en Altena besloten samen een gezondheidsnota op te stellen. Uit de lokale kernboodschappen 'Gezondheid Telt' in West-Brabant blijkt namelijk dat de gezondheidssituatie in de drie gemeenten vergelijkbaar is. De gemeenteraden van de drie gemeenten hebben op basis hiervan in het voorjaar van 2007 door middel van een startnota hun speerpunten van beleid vastgesteld. Hierover hebben de gemeenten vervolgens overleg gevoerd met de samenwerkingspartners in de regio. In bijlage 3 vindt u een overzicht van alle relevante partijen en beleidsvelden die zijn benaderd bij de ontwikkeling van deze nota. In alle gemeenten is een thema-avond georganiseerd rond enkele speerpunten. De avonden waren zowel bedoeld voor instellingen en organisaties als ook voor burgers. De resultaten hiervan vormden input voor de nieuwe nota. Daarnaast is rekening gehouden met de landelijke speerpunten, de evaluatie van de vorige nota en de uitkomsten van de conferentie Jeugd, Onderwijs en Volksgezondheidszorg die begin 2007 heeft plaatsgevonden.

5.1 Definitie en doelstelling

Net als in de vorige nota gaan we in deze nota uit van de bredere definitie van gezondheid die is ontleend aan de World Health Organisation:

Definitie gezondheid

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek. Het gaat dus niet alleen om lichamelijke gezondheid maar ook om geestelijke en sociale gezondheid. Het hebben van een goede gezondheid is een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk te kunnen participeren.

Doelstelling

Het doel van het gezondheidsbeleid is het verbeteren van de gezondheidskansen van de inwoners van het land van Heusden en Altena in het algemeen en van de risicogroepen in het bijzonder. In de volgende hoofdstukken wordt deze algemene doelstelling uitgewerkt naar specifieke doelen en maatregelen om deze te bereiken. Hieronder leest u eerst hoe de drie gemeenten zijn gekomen tot de keuze voor de speerpunten die de komende vier jaar centraal staan in het volksgezondheidsbeleid.

5.2 Landelijk kader

Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van haar burgers, namelijk de Grondwet, de Gemeentewet, de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In de Grondwet en de Gemeentewet staat dat de gemeente een algemene verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van burgers en voor een samenhangend en toegankelijk gezondheidszorgstelsel in de regio. Beide wetten schrijven geen taken of activiteiten voor. De Wcpv en de Wmo noemen wel verschillende taken. Naast de vier voornoemde wetten bestaan er nog diverse andere wetten waarin de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de openbare volksgezondheid verankerd is, deze zijn opgenomen in het bijlagenboek.

Wet collectieve preventie volksgezondheid

De belangrijkste wet voor deze nota is de Wcpv¹. Zie bijlagenboek. Deze wet verplicht de gemeenten om vierjaarlijks een nota vast te stellen met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie. Verder zijn in de Wcpv de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente op het gebied van de openbare gezondheidszorg vastgelegd. Voor het uitvoeren van deze taken hebben de drie gemeenten samen met de andere gemeenten in West-Brabant één gezondheidsdienst, de GGD West-Brabant. De GGD voert de taken van de gemeente op het gebied van de openbare gezondheidszorg uit. Daarnaast heeft de gemeente de taak bij het nemen van beleidsbeslissingen op andere terreinen de gevolgen voor de volksgezondheid af te wegen en hierbij advies in te winnen van de GGD.

Integraal gezondheidsbeleid

Op basis van de Wcpv zijn gemeenten verplicht om integraal gezondheidsbeleid te voeren. Dit betekent dat vanuit verschillende beleidsterreinen samen wordt gewerkt aan volksgezondheid. Gezondheid wordt namelijk beïnvloed door veel verschillende factoren. Deels zijn dit factoren die door beleid zijn te beïnvloeden: leefstijl, sociale en fysieke omstandigheden en gezondheidszorg. Het beleid over deze factoren wordt niet alleen gemaakt op de afdeling volksgezondheid of welzijn, maar ook op andere afdelingen zoals sport, sociale zekerheid, onderwijs, veiligheid, ruimtelijke ordening, verkeer en milieu. De drie gemeenten kiezen bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid dan ook voor een integrale, sectoroverstijgende aanpak. In de hierna volgende hoofdstukken kunt u lezen hoe hieraan per speerpunt vorm wordt gegeven. Daarnaast zijn ook twee algemene speerpunten rondom integraliteit geformuleerd. Er is gebleken dat veel organisaties en instellingen actief zijn op het gebied van gezondheidsbeleid maar dit niet altijd van elkaar weten. Afstemming tussen deze organisaties, instellingen en de gemeenten zou versterkt moeten worden. Met name scholen en gemeenten kunnen elkaar versterken als het gaat om preventief volksgezondheidsbeleid. Een en ander zal ook worden meegenomen in de lokale nota's onderwijs. Een knelpunt dat hier genoemd kan worden, is echter de vele taken die de afgelopen jaren onder de verantwoordelijkheid van scholen zijn komen te vallen.

Regierol gemeenten

Tot slot regelt de Wcpv dat gemeenten regisseur zijn in het lokale gezondheidsbeleid. Dit betekent dat gemeenten moeten afstemmen, bewaken, coördineren en integreren. De drie gemeenten zullen deze regierol de komende vier jaar verder versterken. Met de totstandkoming van deze nota is hiervoor al een stevige basis gelegd, aangezien deze tot stand is gekomen in samenwerking met de samenwerkingspartners in de regio. Deze zullen ook uitdrukkelijk worden betrokken bij de uitvoering van deze nota in de komende vier jaar.

Wet maatschappelijke Ondersteuning

Met de Wmo hebben gemeenten nog een instrument in handen gekregen voor een doeltreffend gezondheidsbeleid. Doel van de Wmo is het bevorderen dat mensen 'meedoen' in de samenleving. Op grond van deze wet moeten gemeenten beleid en voorzieningen regelen op negen prestatievelden die in de wet staan beschreven. Eens per vier jaar geeft de gemeente in een beleidsplan aan welke prestatie ze precies gaat leveren op de negen velden. De Wmo heeft raakvlakken met de Wcpv. Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk leven en het bevorderen van gezondheid liggen namelijk in elkaars verlengde. Gezondheid en participatie versterken elkaar; mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder en andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij mogelijk. Met het volksgezondheidsbeleid wordt dan ook (deels) invulling gegeven aan de prestatievelden van de Wmo.

Het landelijke volksgezondheidsbeleid

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. In de nota Kiezen voor gezond leven staan de rijksprioriteiten voor de periode 2007 tot 2010: roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Het rijk verwacht dat alle gemeenten deze landelijke prioriteiten vertalen naar de lokale situatie.

5.3 Gezondheidssituatie

Inzicht in de gezondheidssituatie van het land van Heusden en Altena is van belang om te bepalen welke ondersteuning op het gebied van preventie het beste geboden kan worden en op welke groepen deze ondersteuning zich zou moeten richten. Hieronder wordt de gezondheidssituatie beschreven op basis van verschillende bronnen zoals sterftestatistieken, zorgregistraties en enquêteonderzoek. Meer informatie hierover is te vinden in de lokale kernboodschappen volksgezondheid die de GGD West-Brabant heeft verwoord in 'Gezondheid telt'. Deze zijn afgeleid van de regionale Volksgezondheids Toekomst Verkenning over de gezondheidstoestand in West-Brabant en de nationale Volksgezondheids Toekomst Verkenning van het RIVM.

Algemeen beeld

Op verschillende aspecten van gezondheid doet de regio West-Brabant het slechter dan gemiddeld in Nederland. De levensverwachting ligt iets lager en de sterfte aan longkanker, diabetes en beroerte is hoger dan gemiddeld.

Het ziektepatroon (de ziektes die het meest voorkomen) in West-Brabant wijkt niet af van het algemene Nederlandse beeld. Aanvoerders van de top tien van ziekten en aandoeningen met de grootste ziektelast in de regio West-Brabant zijn coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, depressies en chronische longziekten. Ziektelast betekent dat de ziekte of aandoening leidt tot vroegtijdige sterfte en/of verlies van kwaliteit van leven.

Gemeenten Aalburg, Werkendam & Woudrichem

Artose, coronaire hartziekten en diabetes zijn veel voorkomende chronische ziekten in de drie gemeenten. Verder komen eenzaamheid en psychische ongezondheid veel voor. De GGD constateert een aanzienlijk verlies van gezondheid door ongezond gedrag. Vooral het ongezonde gedrag van jongeren baart zorgen. Roken, alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit dragen het meest bij aan ongezondheid. Daarnaast is overgewicht een groot probleem. Landelijke cijfers laten zien dat overgewicht al bijna 10% bijdraagt aan de ziektelast, vooral door het hoge risico op diabetes.

Gezondheidsachterstanden

In West-Brabant bestaan sociaal-economische verschillen in gezondheid. Mensen met een lage sociaal-economische status (ses) hebben een slechtere gezondheid dan mensen uit de hogere sociaal-economische lagen van de bevolking. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld bijna vier jaar korter en brengen tien tot vijftien jaar minder lang door in goede gezondheid dan mensen met een hoge opleiding.

In de rangorde voor levensverwachting staat West-Brabant op de 26-ste plaats van de 39 GGD regio's. Die rangorde hangt sterk samen met de geografische verdeling van groepen met een lage ses in Nederland. In de regio West-Brabant heeft 7% van de huishoudens een laag inkomen. Dit betekent dat ruim 19.543 huishoudens moeten rondkomen met een inkomen van maximaal 9.249 euro (CBS, 2003).

Voor de fysieke gezondheid en de mentale gezondheid zien we dat mensen met een lage ses significant slechter scoren dan mensen met een hogere ses. Lager opgeleiden in West-Brabant zijn vaker te dik en gedragen zich over het algemeen ongezonder dan hoogopgeleiden. Lager opgeleiden in de regio West-Brabant roken meer, sporten minder (jongeren) en eten minder groenten en fruit. Een combinatie van verschillende oorzaken van ongezondheid, bijvoorbeeld roken en overgewicht, komt vaker voor onder laagopgeleiden. In de drie gemeenten zijn de gezondheidsverschillen op basis van inkomen, werksituatie en opleiding niet geografisch lokaliseerbaar.

Tabellen

In onderstaande tabellen zijn de belangrijkste items van de gezondheidsonderzoeken weergegeven, onderverdeeld naar de leeftijdscategorieën jeugd, volwassenen en ouderen in de drie gemeentenⁱⁱ. De vetgedrukte cijfers wijken significant ongunstig af van de regio.

Jeugd

Ongezond gedrag en overgewicht komen bij jongeren in de drie gemeenten, net als in de regio, veel voor. Het alcoholgebruik van jongeren is zorgwekkend.

Jeugd (12-17 jaar)					
<i>Indicator (% tenzij anders vermeld)</i>	<i>Definitie</i>	<i>Aalburg</i>	<i>Werkendam</i>	<i>Woudrichem</i>	<i>West- Brabant</i>
Minder dan goed ervaren gezondheid	Eigen gezondheid matig/slecht	13	13	12	18
Slecht ervaren psychische gezondheid	Somscore MHI-5 ≤60	13	11	15	13
Overgewicht	Op basis van leeftijds- en geslachtsspecifieke criteria	12	10	10	11
Onvoldoende groente of fruit	Niet dagelijks groente én fruit	93	90	92	87
Sport minder dan 1x/week	Buiten schooltijd	27	28	30	24
Softdruggebruik	Recent gebruik (afgelopen 4 weken)	4	3	4	4
Alcoholgebruik	Recent gebruik (afgelopen 4 wkn)	52	54	57	53
Binge ⁱⁱⁱ drinken	≥6 glazen op ≥1 weekenddagen	12	12	13	13

Tabel 1. Bron: gezondheid telt! Kernboodschappen voor lokaal beleid, GGD West Brabant, Breda, 2007.

Volwassenen

Veel volwassenen in de drie gemeenten gedragen zich, net als in de regio, ongezond. Van de leefstijlfactoren dragen roken, alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit het meeste bij aan ongezondheid. Verder is overgewicht een groot probleem.

Volwassenen (19-64 jaar)					
Indicator (% tenzij anders vermeld)	Definitie	Aalburg	Werkendam	Woudrichem	West-Brabant
Minder dan goed ervaren gezondheid	Eigen gezondheid matig/slecht	8	9	10	13
Slecht ervaren psychische gezondheid	Somscore MHI-5≤60	14	16	13	18
Eenzaamheid	Matig of (zeer) ernstig eenzaam	39	39	35	40
Overgewicht	BMI≥25 kg/m ²	48	51	43	47
Ernstig overgewicht	BMI≥30 kg/m ²	11	11	10	11
Lichamelijke inactiviteit	Niet voldoen aan Norm van Gezond bewegen	46	47	45	43
Onvoldoende groente of fruit	Niet dagelijks ≥220 gram groente én 2 stuks fruit	90	93	92	90
Overmatig alcoholgebruik	>21 glazen/week (man) of > 14 glazen/week (vrouw)	10	10	10	12
Softdruggebruik	Recent gebruik (afgelopen 4 wkn)	1	1	3	2

Harddruggebruik	Ooit gebruik XTC, amfetamine, cocaïne, heroïne, LSD	2	2	3	5
-----------------	---	---	---	---	---

Tabel 2. Bron: gezondheid telt! Kernboodschappen voor lokaal beleid, GGD West Brabant, Breda, 2007.

Ouderen (65-plussers)

De bevolking in de drie gemeenten vergrijsst. Hierdoor zal het aantal chronische ziekten aanzienlijk toenemen. Net als in de regio mag verwacht worden dat het zorggebruik toeneemt en verschuift van genezing naar verpleging en verzorging.

Deze ontwikkelingen onderstrepen het belang van preventieactiviteiten. De leefstijl van de ouderen is voor verbetering vatbaar. Overgewicht komt veel voor in de drie gemeenten. Onder de ouderen bestaat zelfs significant meer (ernstig) overgewicht vergeleken met andere gemeenten in West-Brabant.

Het aantal ouderen dat één keer per week sport en voldoende beweegt is in alle drie de gemeenten significant lager dan in West-Brabant.

Ouderen (65-plussers)					
Indicator (% tenzij anders vermeld)	Definitie	Aalburg	Werkendam	Woudrichem	West-Brabant
Minder dan goed ervaren gezondheid	Eigen gezondheid matig/slecht	27	29	25	29
Slecht ervaren psychische gezondheid	Somscore MHI-5 ≤ 60	21	21	19	21
Eenzaamheid	Matig of (zeer) ernstig eenzaam	51	48	49	49
Ernstig overgewicht	BMI ≥ 30 kg/m ²	20	19	14	14
Lichamelijke inactiviteit	Niet voldoen aan Norm van Gezond bewegen	47	40	43	39
Sport onvoldoende	sport < 1 keer /week	80	71	78	65

Onvoldoende groente	Niet dagelijks ≥ 200 gram groente	74	75	77	74
Onvoldoende fruit	2 stuks fruit/1 glas vruchtensap +1 stuks fruit	48	49	46	51

Tabel 3. Bron: Ouderenmonitor 2006 gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem, GGD West Brabant, Breda, oktober 2007

Speerpunten

Vanuit bovengenoemd wettelijk en landelijk kader hebben de drie gemeenten 5 speerpunten geformuleerd. Hierbij is de lokale situatie in de drie gemeenten en de evaluatie van de nota volksgezondheidszorg 2003-2007 in acht genomen. De komende vier jaar (2008-2011) zullen de volgende speerpunten centraal staan.

- Alcohol en drugs
- Overgewicht
- Depressie
- Ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg
- Integraliteit

In tegenstelling tot de eerder vastgestelde startnota is 'roken' als speerpunt verwijderd. Dit aangezien de landelijke campagne dusdanig zijn vruchten afwerpt dat extra lokale inzet niet nodig lijkt. Daartegen over staat dat depressie een toenemend landelijk verschijnsel is. Omdat met name het percentage eenzame ouderen erg hoog is in de drie gemeenten en eenzaamheid kan resulteren in depressieve klachten, is dit speerpunt toegevoegd.

In de startnota stond ook 'lage ses' benoemd als speerpunt. Aangezien het hier gaat om een doelgroep is het niet opgenomen bij de speerpunten. Dat neemt niet weg dat bij de uitwerking van de hierboven genoemde speerpunten de doelgroep 'lage ses' als belangrijk aandachtspunt meegenomen zal worden.

Tot slot is het speerpunt integraliteit toegevoegd. Dit aangezien de integrale benadering bij de uitwerking van deze nota niet meer weg te denken is.

De gemeente Woudrichem heeft hieraan toegevoegd de ontwikkeling van een gezondheidscentrum en activerend huisbezoek. De uitwerking hiervan is alleen als lokale paragraaf toegevoegd aan de nota van Woudrichem.

6 Beleid

6.1 Alcohol

6.1.1 Inleiding

Alcohol is het meest gebruikte genotmiddel in ons land. Het gebruik is sociaal en economisch diep in onze samenleving geworteld. Onmiskenbaar zijn aan alcoholgebruik positieve aspecten verbonden. Velen vinden het lekker en gezellig om te drinken. Bovendien versoepelt het gezamenlijke alcoholgebruik het leggen van sociale contacten. Het drinken van een enkel glas alcoholhoudende drank levert bij volwassenen vrijwel nooit lichamelijke problemen op. Bij mensen van middelbare leeftijd heeft matig en verstandig gebruik zelfs een beschermend effect op het ontstaan van bepaalde hart- en vaatziekten. Dat neemt anderzijds niet weg dat overmatig gebruik riskant is en in de praktijk leidt tot lichamelijke en maatschappelijke schade.

Jongeren lopen een beduidend hoger risico op alcoholgerelateerde schade. Overmatig alcoholgebruik op jonge leeftijd leidt gemakkelijk tot alcoholvergiftiging en tot schade aan de hersenen, die immers nog in de groei zijn. Binge drinken en comazuipen^{iv} komt helaas steeds vaker voor. Daarnaast gaat drankmisbruik op jonge leeftijd vaak gepaard met overlast en lopen jongeren die vroeg beginnen met drinken een verhoogd risico op alcoholgerelateerde problemen op latere leeftijd.

Niet alleen de risico's nemen toe naarmate het alcoholgebruik hoger is, maar ook de ernst van de effecten. De negatieve maatschappelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik manifesteren zich vooral in het gezin, op het werk, in het verkeer en tijdens het uitgaan.

Zowel bij jongeren als bij volwassenen heeft overmatig alcoholgebruik en probleemdrinken niet alleen gevolgen voor de drinker zelf, maar ook voor zijn of haar directe omgeving. Het gaat dus zowel om gezondheidsschade als maatschappelijke schade (hoofdlijnenbrief alcohol).

Landelijk is er veel aandacht voor de risico's van overmatig alcoholgebruik. Denk bijvoorbeeld alleen al aan de tv-reclames gericht op de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik onder de 16 jaar. Het kabinet zet zich dan ook sterk in op het formuleren van beleid ter voorkoming van schadelijk alcoholgebruik. De ministers van VWS, Jeugd en Gezin en BZK informeerde door middel van een hoofdlijnenbrief alcohol de Tweede Kamer hoe zij het schadelijk alcoholgebruik willen terugdringen. De reactie van de Tweede Kamer was gematigd enthousiast. De hoofdpunten uit deze brief zullen in de volgende paragrafen worden meegenomen. Al deze landelijke ontwikkelingen lijken positief bij te dragen aan de bewustwording van schadelijk alcoholgebruik. We zijn er echter nog niet.

Jongeren en alcohol

Onderzoek toont aan dat 15% van de jongeren 11 jaar of jonger was toen zij hun eerste drankje dronken. De meesten beginnen rond het 12e levensjaar te drinken. De Nederlandse jongere behoort tot de stevigste drinkers van Europa (hoofdlijnenbrief alcohol, 2007)

	1983		2005	
	12-jarigen	14-jarigen	12-jarigen	14-jarigen
Ooit gedronken	61%	82%	30%	49%
Afgelopen maand gedronken	23%	54%	9%	25%
Afgelopen maand gedronken en binge-drinker	15,3%	40,5%	-	-

Tabel 4 Bron: hoofdlijnenbrief alcohol.

Cijfers Land van Heusden en Altena

Zoals u in tabel 1 kunt lezen ligt het percentage recent alcoholgebruik (de afgelopen vier weken) onder de jeugd niet ver van het gemiddelde percentage in heel West-Brabant. Ook het percentage Binge-drinken is vergelijkbaar met het West-Brabantse gemiddeld. In de GGD gezondheidsmonitor Jeugd 2003 geeft 37% van de jongeren aan dat hun ouders het goed vinden dat ze drinken en 11% geeft aan dat hun ouders er niets van zeggen. Slechts 9% van de ouders raadt het af.

Het alcoholgebruik onder de volwassenen is ook nagenoeg gelijk aan het alcoholgebruik in heel West-Brabant. Uit de gezondheidsmonitor 2005 van de GGD bleek dat een derde van de volwassenen niet voldoet aan de norm verantwoord alcoholgebruik.

Hoewel de cijfers in het land van Heusden en Altena niet veel verschillen met de gemiddelde cijfers in West-Brabant blijken er toch twee belangrijke zorgwekkende trends te zijn:

- kinderen drinken steeds eerder (op jongere leeftijd) en
- jongeren drinken erg veel.

Deze trends zijn inmiddels ook in de zorg zichtbaar: het aantal 10–15 jarigen dat in een ziekenhuis wordt behandeld wegens alcoholvergiftiging is sinds 2000 verzesvoudigd.

6.1.2 Wat willen we bereiken?

De volgende ontwikkelingen liggen ten grondslag aan het toegenomen alcoholgebruik bij jongeren:

- de slechte naleving van de leeftijdsgrenzen, gecombineerd met een beperkte toezichtcapaciteit;
- de introductie van voor jongeren aantrekkelijke zoete (mix)dranken;
- de relatief goedkoper geworden detailhandelsprijzen, gecombineerd met een toename van het gemiddelde maandinkomen van jongeren;
- de toename van het aantal legale en illegale uitgaansgelegenheden, speciaal gericht op jongeren;
- Onwetendheid / onverschilligheid ouders: ouders onderschatten de ernst van het alcoholgebruik. Men is zich onvoldoende bewust dat er tegenwoordig veel meer en op jongere leeftijd wordt gedronken dan vroeger toen de ouders zelf jong waren. Veel ouders laten toe dat hun kinderen onder de 16 jaar thuis alcohol gebruiken, ook als er geen toezicht is van een volwassene. Veel ouders missen de opvoedkundige vaardigheid om alcoholgebruik bespreekbaar te maken en grenzen te stellen. Tevens geven ouders zelf niet altijd het goede voorbeeld. Bovendien is er een groep ouders die onverschillig staat t.a.v. het overmatige alcoholgebruik van hun kinderen.
- de toegenomen populariteit van binge-drinken.
- Groepsdruk is toegenomen (Trimbos).

Doelstellingen landelijk alcoholbeleid

Gezien bovenstaande ontwikkelingen heeft het ministerie een aantal doelstellingen bepaald. De algemene doelstelling van het landelijke alcoholbeleid is het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik. Het kabinet wil uiteindelijk met het landelijke alcoholbeleid bereiken dat:

- kinderen niet vóór hun 16de jaar beginnen met drinken;
- jongeren minder gaan drinken;
- minder mensen lichamelijk of geestelijk afhankelijk worden vanwege overmatig alcoholgebruik;
- de schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik in bijzondere situaties worden verminderd (in het gezin, op het werk, in het verkeer en bij het uitgaan).

Voor 2011 zijn landelijk twee concrete streefcijfers als doelstellingen geformuleerd:

1. Het percentage kinderen van 12 t/m 15 jaar dat alcohol gebruikt moet in 2011 teruggebracht zijn tot 62% (in 2003: 82%);
2. Het percentage volwassen probleemdrinkers moet in 2011 teruggebracht zijn naar 8% (in 2004: 9,3%).

Doelstellingen Land van Heusden en Altena

Onderstaande doelen zijn afgeleid van de landelijke doelen. Deze doelen zullen de komende jaren centraal staan in het volksgezondheidsbeleid van de drie gemeenten.

1. Tegengaan van alcoholgebruik onder de 16 jaar.
2. Voorkomen en vroegsignaleren van schadelijk alcoholgebruik en openbare orde problematiek
3. Voorkomen van maatschappelijke en privé problematiek als gevolg van alcoholgebruik.

In deze nota ligt een sterke focus op het alcoholgebruik door jongeren gezien de urgente problemen bij deze groep.

6.1.3 Wat gaan we ervoor doen?

Het kabinet stelt een integraal en samenhangend pakket aan beleidsmaatregelen voor, welke zullen worden ondersteund door voorlichting. Om de voorlichtingsboodschap niet te ondergraven, wordt tegelijkertijd de alcoholreclame beperkt.

Preventie en handhaving

Het kabinet kiest ervoor gemeenten extra handvatten te bieden via een nieuwe Drank- en Horecawet, zodat gemeenten eigen aanvullend alcoholbeleid kunnen ontwikkelen. Hieronder volgende de wijzigingen die het kabinet in het nieuwe wetsvoorstel op wil nemen. Eén en ander is samengevat in de hoofdlijnenbrief alcoholbeleid. Uit deze brief blijkt dat het kabinet onder andere streeft naar meer beleidsvrijheid voor gemeenten. Op deze manier kunnen problemen worden aangepakt op een wijze die aansluit bij de lokale wensen en past bij de plaatselijke gewoonten. Door deze beleidsvrijheid is het des te belangrijker voor de drie gemeenten om samen te werken. Het is zeer onwenselijk dat bijvoorbeeld in de ene gemeente streng wordt opgetreden tegen horecagelegenheden die alcohol verstrekken aan kinderen onder de 16, terwijl in de buurgemeente daar veel soepeler mee om wordt gegaan.

Onder andere volgende wijzigingen wil het kabinet in het nieuwe wetsvoorstel opnemen. Zie voor een volledige weergave van de hoofdlijnenbrief het bijlagenboek.

- vereenvoudiging vergunningstelsel
- nieuwe regelgeving m.b.t. alcoholverstrekking in (sport)kantines
 - o het plan is uniforme landelijke paracommercie regels op te stellen. In de wet zal tevens worden opgenomen dat de burgemeester in bepaalde gevallen een ontheffing kan verlenen van de nieuwe regels.
- Nieuwe rol burgemeester
 - o De burgemeester wordt in medebewind belast met de uitvoering van de Drank- en Horecawet.
 - o De burgemeester benoemt gemeentelijke toezichthouders tbv de Drank- en Horecawet. Deze toezichthouders mogen namens de burgemeester bestuurlijke boetes opleggen.
 - o De burgemeester wordt in staat gesteld vergunningen te schorsen en/ of in te trekken bij niet naleven van de regels.

- De burgemeester krijgt de mogelijkheid om ondernemers van levensmiddelenwinkels, warenhuizen, snackbars etc. (die nu zonder vergunning zwak-alcoholhoudende dranken mogen verkopen) stevig aan te pakken als ze bij herhaling drank verkopen aan jongeren onder de aldaar geldende leeftijdsgrens.
- Nieuwe verordende bevoegdheden voor gemeenten
 - Optrekken van de leeftijdsgrens naar 18 jaar. Hierover zijn de meningen in de Tweede Kamer verdeeld. Vooralsnog zal deze bij 16 jaar worden gelegd.
 - Jongeren die alcohol bezitten strafbaar stellen. De bevoegdheden in het kader van de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) zullen worden vergroot. Hierover zijn de meningen in de Tweede Kamer nog verdeeld. Eén en ander zal nog uitgezocht worden.
 - Jongeren vroeger op stap laten gaan. Het kabinet wil de bevoegdheid van gemeenten om toegangsleeftijden te stellen uitbreiden. Ook hierover zijn de meningen in de Tweede Kamer verdeeld.
 - Regulering prijsacties. Het kabinet wil in de wet opnemen dat gemeenten de mogelijkheid krijgen de toepassing van prijsacties, in de vorm van happy hours of stuntprijzen, in een verordening tegen te gaan. De Tweede Kamer is van mening dat gemeenten zich op preventie moeten richten.
- Toezicht zal worden verscherpt
 - Het toezicht kan worden verscherpt door het voornemen om gemeenten bevoegd te maken toezichthouders te benoemen. Tot die tijd is het voornemen een tijdelijke uitbreiding van de Drank- en Horecawettoezicht door de VWA te realiseren.
- Aanpak hokken en keten
 - Het kabinet is tegen het gedogen van hokken en keten die de regels van de Drank- en Horecawet en de bouwregelgeving niet naleven. De regie voor de aanpak van hokken en keten komt bij gemeenten te liggen, maar de maatregelen moeten nog geïnventariseerd worden.

Land van Heusden en Altena

Als uitvloeisel van deze gezondheidsnota zal in 2008 en verder wordt gewerkt aan de totstandkoming van plan van aanpak alcoholbeleid voor het Land van Heusden en Altena, waarbij alle beleidsterreinen goed op elkaar worden afgestemd. De hierboven genoemde uitgangspunten vormen hiervoor de basis. De partners uit het horecaoverleg en Novadic Kentron en stichting de Hoop worden nauw betrokken in het proces. Om overlast ten gevolge van alcohol aan te passen en het gebruik van alcohol onder jongeren tegen te gaan, is in het politiedistrict Oosterhout een districtelijk handhavingsplan opgesteld binnen het project 'Alcohol- en drugsgebruik op straat. Altijd fout^v'. In het plan worden de ouders/verzorgers van minderjarige gebruikers nadrukkelijk bij het project betrokken.

Onderstaand artikel uit de APV is voor alle drie de gemeenten van toepassing.

Artikel 2.4.8 Hinderlijk drankgebruik

1. Het is verboden op de weg alcoholhoudende drank te nuttigen of aangebroken flessen, blikjes en dergelijke met alcoholhoudende drank bij zich te hebben.
2. Het bepaalde in het eerste lid geldt niet voor:
 - a. een terras dat behoort bij een horecabedrijf, als bedoeld in artikel 1 van de Drank- en Horecawet;
 - b. de plaats, niet zijnde een horecabedrijf, als bedoeld onder a, waarvoor een ontheffing geldt krachtens artikel 35 van de Drank- en Horecawet.

Naast het districtelijk handhavingplan hebben de gemeenten Woudrichem en Aalburg de regeling 'Veilig Uitgaan'. Een regeling met de jeugdsoos in Drongelen, Jongeren centrum EFS en de Soos in Almkerk, de twee gemeenten en politie met daarin aangegeven hoe om te gaan met overlast van jongeren tijdens het uitgaan (door overmatig alcohol- en of drugsgebruik). De Kelder in Hank heeft een eigen regeling/convenant. De gemeente Werkendam heeft bovendien een horecaconvenant waaraan vanaf het eerste kwartaal 2008 alle horecaondernemingen deelnemen.

Op basis van het bovenstaande is het volgende actiepunt geformuleerd.

Actie 1.1.

Gezamenlijk ontwikkelen van een plan van aanpak lokaal alcoholbeleid. De in ontwikkeling zijnde Drank- en Horecawet vormt hiervoor de basis.

In dit plan van aanpak zullen de volgende elementen, voor zover nog niet geregeld, worden verwerkt:

- In overleg met sportkantines en andere paracommerciële instellingen de mogelijkheden onderzoeken tot het sluiten van een convenant waarin de verkoop van alcohol aan jongeren onder de 16 jaar verboden wordt.
- De ontwikkelingen rondom de nieuwe rol van de burgemeester volgen en deze in overleg met betrokken partijen zo goed mogelijk invulling geven.
- In overleg met de politie, horecaondernemingen, de Voedsel- en Warenautoriteit en andere relevante organisaties mogelijkheden onderzoeken tot het strikter naleven van de regels omtrent alcoholverkoop aan jongeren onder de 16 jaar.
- Handhaving omtrent alcoholverkoop onder jongeren onder de 16 jaar als prioriteit op laten nemen in het politiejaarplan 2008 en verder.
- Handhaving op grond van de APV strikt naleven.
- In overleg met de horecapartners de mogelijkheden onderzoeken tot het sluiten van een convenant rondom opening- en sluitingstijden. Dit in gezamenlijk (drie gemeenten) overleg.
- Bestaan hokken en keten inventariseren en hier actie op ondernemen.
- Strengere controle op verkoop van alcohol in winkels, voor zover gemeentelijke bevoegdheden reiken.
- In de kern Werkendam de mogelijkheden onderzoeken om ook een regeling "Veilig uitgaan" af te sluiten.

Alcoholgebruik onder de 16 jaar willen we tegen gaan. Boven de 18 jaar zal geen algemeen ontmoedigingsbeleid worden gevoerd tegen het gebruik van matig alcoholgebruik. Immers, alcoholgebruik is als zodanig niet verkeerd.

Overmatig gebruik kan het beste worden tegengegaan door die interventies te kiezen die het verantwoordelijkheidsbesef van volwassen consumenten, producenten en verstrekkers verstevigen. Daarnaast zullen preventie-activiteiten van groot belang blijven.

Bestaande initiatieven worden gecontinueerd of geïntensiveerd en waar nodig uitgebreid. Zo zal de gemeente Aalburg uitvoering blijven geven aan haar Verslavingspreventienota 2007-2010 die vooral gericht is op voorlichting en bewustwording onder kinderen, jongeren, ouders, sportkantines en kerken. Ook in de gemeenten Werkendam en Woudrichem zal de voorlichting over het thema alcohol worden gecontinueerd. Novadic Kentron en Stichting de Hoop zijn hierin belangrijke partners. In deze twee gemeenten kan gekeken worden in hoeverre de voorlichting ook uitgebreid kan worden in sportkantines of via kerken etc.

De komende jaren zal er een nadruk gelegd worden op voorlichting aan ouders en de doelgroep 'lage ses'.

Onder andere gezien de zorgelijke ontwikkeling rondom de onwetendheid en onverschilligheid bij sommige ouders als het gaat om alcoholgebruik bij jongeren in het algemeen en specifiek bij jongeren onder de 16 jaar. En gezien het verhoogde risico op overmatig alcoholgebruik bij de doelgroep 'lage ses'.

Daarnaast is het van groot belang dat kinderen op jonge leeftijd leren om weerbaar te zijn. Weerbaarheidstrainingen op jonge leeftijd kan positieve invloed hebben op latere leeftijd. Het gaat daarbij om het leren 'nee' te zeggen en het leren op groepsdruk te weerstaan. Dit geldt niet alleen als het gaat om alcoholgebruik maar ook als het gaat om drugsgebruik en overmatig eten.

Gelet op het bovenstaande zijn de volgende acties geformuleerd.

Actie 1.2

Continueren en uitbreiden van huidige preventieactiviteiten, waarbij met name de jongeren, de ouders en de doelgroep 'lage ses' benadrukt zullen worden.

Actie 1.3

Basisscholen stimuleren tot het inzetten van weerbaarheidstrainingen.

De effectiviteit van het beleid zal beoordeeld worden op basis van de ervaringen bij het uitvoeren van het beleid en de investeringen en activiteiten die gedaan worden. We zullen afspraken maken over het aantal interventies, hoe vaak ze worden aangeboden, hoeveel mensen bereikt dienen te worden en welke gezondheidswinst behaald dient te worden. Daarnaast zullen de afzonderlijke activiteiten geëvalueerd worden.

Hulpverlening

Naast preventie en handhaving is ook hulpverlening van belang. Lichte vormen van hulpverlening worden geboden door het Algemeen Maatschappelijk Werk. Mensen melden zich vaak niet met een probleem rondom alcoholgebruik. Vaak is de onderlegger financiële problemen of problemen op het werk of thuis etc. Algemeen maatschappelijk werk verricht hulpverlening en bij een eventuele behandeling wordt samengewerkt met Novadic Kentron, De Hoop of andere buro's voor verslavingszorg.

Daarnaast bestaat in het Land van Heusden en Altena - net als in bijna heel West-Brabant - sinds enige tijd een Maatschappelijk Steunsysteem (Mass). Alle ketenpartners brengen casussen in waarbij sprake is van meervoudige en complexe problematiek. Gezamenlijk wordt een behandelplan opgesteld, waarin ieder een specifieke taak heeft. Daar waar het Mass zich richt op hoofdzakelijk volwassenen, richten het JeugdZorgTeam (JZT) in Werkendam en Woudrichem en de 12+ en 12- netwerken van Aalburg zich op jongeren. Ook dit zijn op casuïstiek gerichte overleggen waarin afspraken worden gemaakt. Tussen beide overleggen bestaat afstemming.

De gemeente Breda is de centrumgemeente die de verantwoordelijkheid draagt voor de Maatschappelijke Opvang, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en de Verslavingszorg (prestatievelden 7, 8 en 9 van de Wmo) in de door het Rijk aan haar toegewezen regio. De uitwerking van deze prestatievelden zal worden verwerkt in de Wmo beleidsplannen. Dit alles in nauw overleg met de regiogemeenten. Uiteraard is afstemming met volksgezondheidszorg hierin belangrijk.

Actie 1.4

Afstemmen ontwikkelingen WMO beleidsplannen en volksgezondheidszorg als het gaat om de hulpverlening aan verslaafden.

6.2 Drugspreventie

6.2.1 Inleiding

Hoewel alcohol op dit moment de meest zorgwekkende drugs is, mag het gebruik van andere vormen van drugs niet onderschat worden. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen softdrugs en harddrugs. De belangrijkste bepalingen over drugs zijn vastgelegd in de Opiumwet. Gebruik van drugs is niet strafbaar. Bezit, handel, verkoop en productie zijn dat wel.

Soft drugs

Cannabisproducten (hasj, marihuana) zijn in vergelijking met de gezondheidsrisico's van alcoholgebruik en roken relatief onschuldig. Ze hebben geen sterk verslavende werking.

Jongeren onder invloed van cannabis kunnen de volgende reacties vertonen:

Vermindering van het reactie- en concentratievermogen en het korte termijn geheugen, waardoor school- en werkprestaties en verkeersgedrag nadelig beïnvloed kunnen worden. Psychosen, vooral bij mensen die hier aanleg voor hebben en frequente gebruikers zijn. Gebruik van andere verslavende middelen en een risicozoekende leefstijl (drop-out, vandalisme), vooral bij excessieve of problematisch gebruik van cannabis. (RIVM)

Harddrugs

Harddrugs (heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC, GHB etc.) zijn doorgaans schadelijker voor de gezondheid dan cannabis. Harddrugs zijn vaak sterk verslavend, sommige drugs zowel lichamelijk als geestelijk (zoals heroïne) en andere waarschijnlijk alleen geestelijk (zoals cocaïne). De verslavingsrisico's van XTC zijn vermoedelijk relatief gering.

Mogelijke gevolgen van excessief gebruik zijn:

vergiftiging

het gelijktijdig met de drugverslaving optreden van psychische stoornissen.

gebruikers kunnen door het intraveneus toedienen van drugs bloedvergiftiging en infecties (zoals HIV) oplopen,

gebruikers kunnen door het roken van drugs longaandoeningen krijgen.

tot slot is er een aantal aanwijzingen dat XTC schadelijk kan zijn voor de hersenen. (RIVM)

Drugsgebruik Land van Heusden en Altena

In tabel 1 kunt u zien dat van de ondervraagde jongeren (zowel in het Land van Heusden en Altena als in heel West-Brabant) een kleine 4% in de afgelopen 4 weken hasj of wiet heeft gebruikt. Dit is vergelijkbaar met landelijke cijfers. Hasj en wiet worden in West-Brabant meer door jongens dan door meisjes gebruikt. Het gebruik van hasj en wiet is op het VMBO iets hoger dan bij HAVO+ leerlingen. Dit komt eveneens overeen met landelijk onderzoek.

Recent gebruik (in de afgelopen 4 weken) van drugs als XTC, cocaïne en heroïne komen bij jongeren in de leeftijd van 12-17 jaar in zeer geringe mate voor.

Overigens kunnen harddrugsgebruikers slechts beperkt met behulp van een schriftelijke vragenlijst worden opgespoord (GGD West-Brabant).

Van de 19- t/m 64 jarigen in de regio West-Brabant heeft 15% ooit cannabis gebruikt. Het recente gebruik ligt lager: 5% gebruikte in het afgelopen jaar cannabis en 2% in de afgelopen 4 weken.

Eén op de twintig volwassen (5%) geeft aan ooit harddrugs te hebben gebruikt, één op de vijftig (2%) heeft het afgelopen jaar harddrugs gebruikt.

Hoewel het gebruik van cocaïne in zeer geringe mate voorkomt, blijkt wel dat steeds meer jongeren cocaïne en amfetamine gebruiken. Het verschil tussen stad en platteland is volgens Novadic-Kentron verdwenen. Ook in het Land van Heusden en Altena weten we dat cocaïnegebruik voorkomt onder jongeren.

6.2.2 Wat willen we bereiken?

Het Nederlandse drugsbeleid richt zich op het voorkomen en beperken van de risico's van drugsgebruik voor de gebruiker zelf, voor zijn directe omgeving en voor de samenleving. Drie doelstellingen staan landelijk centraal:

1. de vraag naar drugs wordt ontmoedigd door voor goede preventie en hulpverlening te zorgen;
2. het aanbod van drugs wordt tegengegaan door bestrijding van de georganiseerde criminaliteit;
3. het is ongewenst dat drugsgebruik leidt tot verstoring van de openbare orde of andere overlast. Waar dit voorkomt wordt dit aangepakt.

Drugsgebruik begint meestal tijdens de adolescentie of vlak daarna. De drie gemeenten zullen de komende vier jaar alleen inzetten op preventie. Daarmee zijn jongeren een belangrijke doelgroep voor preventie.

6.2.3 Wat gaan we er voor doen?

In de regio het land van Heusden en Altena zal de komende jaren met name alcohol centraal staan. Bij het overige drugsgebruik zal voornamelijk continueren van reeds bestaande activiteiten centraal staan.

Daar waar actie wordt ondernomen zal deze zich hoofdzakelijk richten op de doelgroep jongeren. Daarbij zullen preventieactiviteiten centraal staan.

Preventie

Preventie van drugsgebruik is gericht op het voorkomen van gebruik, het uitstellen van het eerste gebruik, het verminderen van de consumptie en het voorkomen van problematisch gebruik. Instrumenten die hierbij worden ingezet variëren van voorlichting (zowel aan het algemeen publiek als aan specifieke doelgroepen) tot wet- en regelgeving (zie handhaving). Zoals in paragraaf 6.1.3 al is aangegeven is het belangrijk dat preventieactiviteiten zich richten op kinderen en jongeren, ouders, docenten, jongerenwerk en vrijwilligers, kerken en trainers van teamsporten. Op basis van het bovenstaande worden de volgende actiepunten geformuleerd.

Actie 1.5

Continueren drugsvoorlichting op scholen en in dorpshuizen en uitbreiden naar andere relevante locaties (denk aan thema-bijeenkomsten van kerken)

De effectiviteit van het beleid zal beoordeeld worden op basis van de ervaringen bij het uitvoeren van het beleid en de investeringen en activiteiten die gedaan worden. We zullen afspraken maken over het aantal interventies, hoe vaak ze worden aangeboden, hoeveel mensen bereikt dienen te worden en welke gezondheidswinst behaald dient te worden. Daarnaast zullen de afzonderlijke activiteiten geëvalueerd worden. Ook hier geldt dat preventie activiteiten alleen niet voldoende is. Het ontwikkelen van weerbaarheid bij jonge kinderen is heel belangrijk. Hier wordt aangesloten bij actie 5.3.

Handhaving

Naast preventie is ook handhaving van groot belang. Het toenemende gebruik van softdrugs op het grondgebied van het politiedistrict Oosterhout was aanleiding om in 2007 een districtelijk handhavingsplan op te stellen en uit te voeren (zie ook 6.1.3). De APV stelt over drugsgebruik het volgende:

Artikel 2.7.1 Drugshandel op straat

Onverminderd het bepaalde in de Opiumwet is het verboden op of aan de weg post te vatten of zich daar heen en weer te bewegen en zich op of aan wegen in of op een voertuig te bevinden of daarmee heen en weer of rond te rijden, met het kennelijke doel om middelen als bedoeld in artikel 2 en 3 van de Opiumwet, of daarop gelijkende waar, al dan niet tegen betaling af te leveren, aan te bieden of te verwerven, daarbij behulpzaam te zijn of daarin te bemiddelen.

Artikel 2.7.2 Openlijk drugsgebruik op/aan de weg

Het is verboden, op of aan de weg, op een voor publiek toegankelijke plaats of in een voor publiek toegankelijk gebouw, middelen als bedoeld in de artikelen 2 en 3 van de Opiumwet te gebruiken, toe te dienen, dan wel voorbereidingen daartoe te verrichten of ten behoeve van dat gebruik voorwerpen en/of stoffen voorhanden te hebben.

Hulpverlening

Zie paragraaf 6.1.3

6.3 Overgewicht

6.3.1 Inleiding

Overgewicht vormt een steeds groter probleem. Wereldwijd neemt het aantal mensen met (ernstig) overgewicht drastisch toe. Ook in Nederland stijgt het aantal personen; circa 55% van de mannen en 45% van de vrouwen heeft overgewicht. Bij kinderen en jongeren komt ook overgewicht voor (14% van de jongens en 17% van de meisjes). Daarnaast vormt ook onder ouderen overgewicht een probleem: 58% heeft overgewicht, 13% heeft ernstig overgewicht. (In de het land van Heusden en Altena is de situatie met betrekking tot jongeren en volwassenen niet anders dan landelijk. Het percentage mensen met (ernstig) overgewicht wijkt niet significant af van het landelijke beeld.^{vi} Het percentage ouderen met (ernstig) overgewicht is in de drie gemeenten wel hoger dan het landelijke percentage. In de laatste 25 jaar is het aantal personen met ernstig overgewicht verdubbeld tot ca. 10% van de volwassenen (West-Brabant 11%). Ook bij kinderen is sprake van en dergelijke stijging. Dit zal naar verwachting de komende 20 jaar nog met de helft toenemen.

Als maatstaf voor het meten van overgewicht wordt de Body-Mass Index (BMI). De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door de lengte in meters en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte. De BMI geeft daarmee een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht. Een BMI tussen 18,5 en 25 is normaal; bij een BMI tussen 25 en 30 wordt gesproken van overgewicht. Bij een BMI van meer dan 35 is er sprake van ernstig overgewicht of obesitas.

Ten opzichte van de voorgaande volksgezondheidsnota zijn bovenstaande percentages toegenomen. Dit is ook in overeenstemming met de landelijke trend.

Jaarlijks veroorzaakt overgewicht circa 40.000 nieuwe ziektegevallen van ouderdomsdiabetes (type II), hart- en vaatziekten en kanker. Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor 7% van de sterftegevallen. Als de huidige trend zich voortzet, zullen in 2024 2,5 miljoen mensen met obesitas zijn, met alle gevolgen voor de volksgezondheid van dien. Overgewicht veroorzaakt met name een enorme stijging van het aantal diabetespatiënten. In ca. 70% van de gevallen had diabetes II voorkomen kunnen worden^{vii}.

Daarnaast wordt ook de kwaliteit van het leven aangetast. De maatschappelijke kosten van overgewicht worden geschat op 2 miljard Euro per jaar.^{viii}

Oorzaken

Overgewicht kan erfelijk worden overgedragen. De voornaamste oorzaak voor het bestaan en de groei van dit probleem ligt echter in de disbalans tussen energie-inname (voeding) en energieverbruik (bewegen). Beleid dient er dan ook op gericht te zijn beide met elkaar in balans te brengen.

In de gemeenten in het Land van Heusden en Altena beweegt ongeveer 45% van de volwassenen te weinig en eten de meeste volwassenen niet de dagelijkse aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit. Ook bij jongeren doet zich dit probleem voor. Gebleken is dat jongeren relatief weinig sporten en ongezond eten.^{ix} Het beleid ter voorkoming van overgewicht moet dus gericht zijn op zowel de voeding als het bewegen.

Tabel 5: percentage overgewicht Land van Heusden en Altena

	Overgewicht	Ernstig overgewicht
<i>Ouderen</i>		
Aalburg	50%	20%
Werkendam	65%	19%
Woudrichem	56%	14%
<i>Volwassenen</i>		
Aalburg	48%	11%
Werkendam	51%	11%
Woudrichem	43%	10%
<i>Jongeren</i>		
Aalburg	12%	2%
Werkendam	10%	3%
Woudrichem	10%	2%

Bron: GGD tabellenboek, ouderenmonitor 2006

6.3.2 Wat willen we bereiken?

In de landelijke preventienota "Kiezen voor gezond leven" heeft het rijk doelstellingen met betrekking tot overgewicht vastgesteld. Bij jongeren valt de grootste gezondheidswinst te behalen, waarbij de resultaten ook nog op de lange termijn zichtbaar zullen zijn. Tevens komt overgewicht relatief meer bij mensen met een lage sociaal-economische status (SES). De drie gemeenten nemen de landelijke doelstellingen over, zodat er een goede koppeling met het landelijke beleid ontstaat. Omdat het percentage ernstig overgewicht bij ouderen in de drie gemeenten hoger is dan gemiddeld is er voor gekozen een extra doelstelling aan toe te voegen. Deze doelstellingen zijn als volgt geformuleerd:

1. Het percentage volwassenen met overgewicht moet minimaal gelijk blijven.
2. Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.
3. Het percentage ernstig overgewicht bij ouderen moet afnemen.

De GGD voert jaarlijks onderzoek uit onder een van de volgende categorieën: kinderen (0-4 jr) , jongeren (4-19 jr), volwassenen (19-64 jr) en ouderen (>64 jr.). In dit onderzoek wordt mede de mate van overgewicht gemeten. Uit deze onderzoeken zou dus moeten blijken of de doelstellingen gehaald worden. Aangezien de resultaten niet van de ene dag op de andere geboekt kunnen worden, zal er over een langere periode gemeten moeten worden.

6.3.3 Wat gaan we er voor doen?

Zoals hierboven al weer gegeven zullen de jongeren, ouderen en personen met een lage ses centraal staan in de te ontplooiën activiteiten. Daarbij zal het stimuleren van bewegen en voorlichting rondom goed voeding centraal staan.

Huidig beleid

In de nota volksgezondheid 2003-2007 is onder het speerpunt Leefstijl en gedrag ook overgewicht aan de orde geweest. Mede als uitvoering hiervan zijn op het gebied van zowel voeding als bewegen diverse activiteiten uitgevoerd.

De drie gemeenten zijn een samenwerkingsovereenkomst met het jeugdsportfonds Brabant aangegaan. In samenwerking met de provincie is via dit fonds geld beschikbaar, waardoor gemeenten initiatieven kunnen nemen voor kinderen van ouders met een laag inkomen. Daarnaast zijn in de afzonderlijke gemeenten projecten gericht op bewegen en voeding uitgevoerd. In Aalburg is het project Gezond en Vitaal uitgevoerd, gericht op senioren en er is een sportcoördinator aangesteld. In Werkendam wordt het Buurt-, Onderwijs en Sport-project uitgevoerd en is in 2007 eveneens het project Gezond en Vitaal uitgevoerd. In Werkendam is het BOS-project verbreed met de nota Breedte-sport welke op dit moment niet kan worden uitgevoerd wegens gebrek aan personeel.

Woudrichem heeft de projecten Move Your Heart Eat Smart op een aantal scholen uitgevoerd en is kidsport gestart om kinderen op de basisscholen te stimuleren meer te bewegen. Tenslotte zal naar verwachting in 2008 in Woudrichem een sportnota worden vastgesteld. Om consistentie in het beleid te creëren, is het wenselijk dergelijke projecten voor te zetten en waar mogelijk te intensiveren of uit te breiden.

Het is van groot belang dat bij alle voorlichtingen ook de ouders betrokken worden. Op deze manier kunnen de kinderen/jongeren dat wat ze geleerd hebben ook thuis in de praktijk brengen. In een voorlichtingsbijeenkomst gericht op jongeren, kan de rol van ouders ook besproken worden. Ook interventies gericht op ouders en jongeren samen kunnen bijdragen aan gedragsverandering van de ouders. Met name de bewustwording van ouders over de gevolgen van overgewicht moeten worden opgenomen in de preventieactiviteiten.

Vaak blijkt dat er meer projecten gericht op overgewicht plaatsvinden dan waar gemeenten zicht op hebben. Het zou wenselijk zijn alle activiteiten rondom overgewicht in beeld te brengen om zo hiaten te kunnen ontdekken en daarop actie te ondernemen. Hieruit volgen dan ook de volgende actiepunten.

Actie 2.1

Alle initiatieven en activiteiten rondom overgewicht in beeld brengen.

Actie 2.2

Continueren en waar mogelijk intensiveren en uitbreiden van preventieactiviteiten. Hierbij vooral aandacht voor kinderen/jongeren en hun ouders, ouderen en personen met een lage ses. Als extra aandachtspunt hierbij dient de bewustwording van ouders over de gevolgen van overgewicht te worden meegenomen.

De effectiviteit van het beleid zal beoordeeld worden op basis van de ervaringen bij het uitvoeren van het beleid en de investeringen en activiteiten die gedaan worden. We zullen afspraken maken over het aantal interventies, hoe vaak ze worden aangeboden, hoeveel mensen bereikt dienen te worden en welke gezondheidswinst behaald dient te worden. Daarnaast zullen de afzonderlijke activiteiten geëvalueerd worden.

Voeding en beweging heeft raakvlakken met jeugdbeleid, waarbij vaak voorlichting via jongerenwerkers plaatsvindt. Ook via het onderwijs kan het beleid ondersteund worden, door, het stimuleren van beweging, voorlichting over voeding en het assortiment in de schoolkantine. De landelijk ontwikkelde "Aliantie school en sport" heeft voorlopig als doel dat in 2010 elke leerling op 90% van de scholen dagelijks kan sporten binnen en/ of buiten schooluren. Bovendien blijkt uit de koersbrief (3 augustus 2007, Ministerie van VWS en OCW) dat het kabinet op het terrein van brede scholen, sport en cultuur het beleid wil bundelen en intensiveren. Kortom; het rijk ziet een verantwoordelijkheid weggelegd voor de scholen als het gaat om bewegen.

Tenslotte kan overgewicht vanuit het Wmo-perspectief bijdragen aan invulling van prestatieveld 2 (op preventie gerichte ondersteuning bij opgroei- en opvoedproblemen).

Het thema overgewicht heeft ook raakvlakken met diverse andere gemeentelijke beleidsvelden. De belangrijkste hiervan is sport, waarbij de relatie tussen overgewicht en het stimuleren van sport/beweging evident is. Daarnaast zal bij de inrichting van de fysieke en sociale openbare ruimte (woonwijken, ontwikkeling van speelplaatsen, dorpsontwikkeling) en de ontwikkeling van recreatie het stimuleren van beweging als een van de uitgangspunten meegenomen moeten worden. Zoals reeds eerder verwoord, zullen deze aspecten in deze nota niet in concrete actiepunten worden vertaald. Dat neemt niet weg dat afstemming tussen de betrokken beleidsterreinen wel zal gebeuren.

Zoals al eerder gesteld is een integrale benadering het meest effectief. (Zie ook de figuur hiernaast).^x Volksgezondheid kan immers niet alleen beperkt blijven tot het geven van voorlichting en het inzetten van subsidie e.d. Het overzicht genoemd in actie 5.1 zal moeten zorgen voor meer afstemming tussen al deze terreinen.



Figuur 1: Determinanten van overgewicht. Naar: Dahlgren & Whitehead (1991)

Om de aanpak zo effectief mogelijk vorm te geven, dienen mensen zich eerst bewust te worden gemaakt van het probleem. Pas als het probleem onderkend is, kan het gedrag van mensen beïnvloed worden. Door landelijke voorlichtingscampagnes (onder andere door het voedingscentrum) wordt hierop al ingestoken. Als gemeenten kunnen we hierbij aansluiten door het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten, zoals hierboven al weergegeven. Maar ook door het gemakkelijker verkrijgbaar maken van voorlichtingsmateriaal. Daarbij is het van belang om relevante partijen te betrekken in het plan van aanpak. De volgende actiepunten zijn geformuleerd.

Actie 2.3

Beschikbaar stellen van voorlichtingsmateriaal over overgewicht via huisartsen, fysiotherapeuten en andere intermediairs

Hierbij kunnen we ons richten op overgewicht als geheel, of op bewegen en voeding afzonderlijk. De voorkeur heeft een gecombineerde aanpak, maar soms is beleid gericht op een van beide effectiever. Zoals gezegd maken we hierbij onderscheid tussen een aantal groepen die prioriteit krijgen. De jongeren en hun ouders, de ouderen en de personen met een lage ses.

Jongeren

Bij jongeren is de meeste gezondheidswinst te behalen, zeker op de lange termijn. Bij het beleid gericht op jongeren komt een aantal organisaties in beeld die kunnen bijdragen aan preventieprojecten. Hierbij zien we een rol weggelegd voor diverse partijen namelijk; consultatiebureaus, scholen, kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, Sociaal-Cultureel werk, JGZ, GGD en ouders. In het kader van de gemeentelijk regierol, hebben we de taak om deze partijen met elkaar in contact te brengen, zodat programma's uitgevoerd kunnen worden. Daarnaast kunnen we zorgen voor (gedeeltelijke) financiering van deze programma's. Ook bestaan er mogelijkheden voor subsidiëring van bepaalde projecten. Zie actie 3.1.

Projecten kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op het aanbod in schoolkantines in het voortgezet onderwijs. Basisscholen, kinderopvang en peuterspeelzalen kunnen het belang van goede en gezonde voeding benadrukken bij hun kinderen/ leerlingen. Bijvoorbeeld rondom het traktatiebeleid. Het betrekken van de ouders hierin is van groot belang. Daarnaast kunnen consultatiebureaumedewerkers en artsen ouders verwijzen indien sprake is van overgewicht. Onderwijzers kunnen ook een signaalfunctie bekleden bij het herkennen van overgewicht. Bijvoorbeeld tijdens gymlessen. Hier komt echter het probleem naar boven dat de nieuwste lichte leerkrachten niet meer bevoegd is tot het geven van gymlessen. Op dit probleem wordt verder ingegaan in de nota onderwijs en de nota sportstimulering van de gemeente Werkendam. Structurele voortzetting van al bestaande projecten die worden uitgevoerd (door bijv. de GGD) is een effectief middel. Betrokken partijen hebben immers ervaring opgedaan met de werking van de programma's, daarnaast treden leereffecten op. De lokale welzijnsinstellingen kunnen als intermediair worden ingeschakeld voor de uitvoering van projecten. Maar naast deze projecten kunnen afspraken zoals hierboven genoemd een waardevolle aanvulling zijn. Volgend actiepunt willen we dan ook opnemen.

Actie 2.4

In gesprek gaan en afspraken maken met (basis)scholen, consultatiebureaus, artsen en GGD over de rol die zij kunnen spelen bij preventie van overgewicht gericht op kinderen/jongeren en hun ouders.

Preventief GezondheidsOnderzoek (PGO) op scholen door de GGD draagt bij aan het voorkomen en bestrijden van overgewicht. Indien noodzakelijk kan gerichte, individuele begeleiding gegeven worden door de JGZ, huisartsen en/of door diëtisten. Van belang is hierbij dat over een langere periode gemeten wordt. Door extra aandacht voor voeding en bewegen bij het preventief gezondheidsonderzoek op scholen wordt hieraan invulling gegeven.

Actie 2.5

Bij de uitvoering van PGO's extra aandacht geven aan voeding en bewegen

Overgewicht kan een relatie hebben met eetstoornissen en daarmee samenhangende psychische problemen. Voor het aanpakken van overgewicht worden er regionaal activiteiten georganiseerd door onder andere de GGZ. De GGZ heeft cursussen voor eetstoornissen, gericht op zowel jongeren als volwassenen. Door het stimuleren van deelname aan deze activiteiten wordt overgewicht mede aangepakt.

Ook hier geldt dat preventie activiteiten alleen niet voldoende zijn. Het ontwikkelen van weerbaarheid bij jonge kinderen kan problemen op latere leeftijd voorkomen. Zie actie 1.3.

Ouderen

Zoals weergegeven in tabel 3 blijkt het percentage overgewicht onder ouderen hoog te zijn. Ouderen zullen op een andere, individuele manier benaderd moeten worden dan kinderen/jongeren en hun ouders. Diëtisten, huisartsen en thuiszorgorganisaties kunnen hierbij ondersteuning bieden. De rol van de gemeenten is hierbij beperkt tot het aandacht vragen en benadrukken van het belang van de bestrijding van het overgewicht en het motiveren van ouderen om te gaan bewegen.

Voor ouderen worden de activiteiten gericht op het stimuleren van bewegen voortgezet en waar mogelijk uit gebreid.

Hierbij is tevens aandacht voor de ontmoetingsfunctie die gezamenlijk bewegen heeft voor ouderen. Dit bestrijdt de eenzaamheid onder deze doelgroep. Zie hiervoor ook de paragraaf over depressie.

Actie 2.6

Bevorderen beweging door ouderen via doelgerichte activiteiten

Lage SES

Zoals eerder vermeld, behoren personen met een lage Sociaal-Economische Status tot een risicogroep voor wat betreft overgewicht. In het kader daarvan zullen interventies gericht op het stimuleren van bewegen en het realiseren van een gezonde leefstijl ingezet worden. Hierbij zal aansluiting worden gezocht bij het armoedebeleid in de gemeenten. In het kader van bijzondere bijstand zijn middelen beschikbaar via het activiteitenfonds. Specifiek gericht op de doelgroep lage SES is naast actie 3.2 het volgende actiepunt opgenomen.

Actie 2.7

Meer bekendheid geven aan het activiteitenfonds voor minima

6.4 Depressie

6.4.1 Inleiding

Depressie behoort tot de aandoeningen met de grootste ziektelast en vormt een aanzienlijke bedreiging voor de volksgezondheid. Wanneer mensen een depressie hebben, is de kwaliteit van leven sterk gereduceerd. Depressie is een belangrijke oorzaak van schooluitval, arbeidsverzuim en eenzaamheid. Het kan enorme negatieve gevolgen hebben voor het sociale leven van mensen. Ook andere klachten die kunnen voorkomen ten gevolge van een depressie hebben een versturende invloed hebben op iemands functioneren, zoals een onregelde slaap, energiegebrek, problemen met de concentratie, toename of verlies van eetlust, piekeren over de dood en suïcide. Bovendien kan een depressie samen gaan met alcoholmisbruik en angststoornissen.

Mensen met een depressie doen een meer dan gemiddeld beroep op de gezondheidszorg. Ze nemen minder deel aan het sociaal leven en zijn minder zelfredzaam. Gezien de doelstellingen van de WMO^{xi} is het belangrijk dat een gemeente goede ondersteuningsprogramma's ter beschikking stelt op het terrein van geestelijke gezondheidsbevordering.

In Nederland lijden jaarlijks ongeveer 737.000 personen in de leeftijd van 12 tot 75 jaar aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. Lokale cijfers zijn niet bekend. De GGD heeft wel in beeld gebracht hoe het staat met de psychische gezondheid in de drie gemeenten.

Hieruit komt naar voren dat bij circa 15% van de inwoners van de drie gemeenten sprake is een slecht ervaren psychische gezondheid bij circa 15% van de inwoners, zowel onder jongeren als onder volwassenen. Bij de ouderen ligt het net iets hoger. Zie tabel hierboven.

Tabel 6 - Slecht ervaren psychische gezondheid

Slecht ervaren psychische gezondheid	Ouderen	Volwassenen	Jongeren
West-Brabant	21%	18%	13%
Aalburg	21%	14%	13%
Werkendam	21%	16%	11%
Woudrichem	19%	13%	15%

Bron: monitoren GGD, 2005/2006

Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor psychische ongezondheid. Uit het project "ouderenadviseurs" dat in de gemeente Woudrichem in 2007 is uitgevoerd en uit de ouderenmonitor van de GGD in 2006, is gebleken dat onder ouderen eenzaamheid een belangrijk probleem is. Ook in het Land van Heusden en Altena (zie tabel 3 op pag. 20). Deze gegevens doen een appèl op het openbaar gezondheidsbeleid van de gemeente: een integraal lokaal preventiebeleid kan de kans op depressie verminderen.

Landelijk gezien maakte in 1996 ongeveer tweederde van de volwassenen met depressie in een gegeven jaar gebruik van enigerlei zorg. Meer dan de helft van hen bezocht de eerste lijn, ongeveer een derde de ambulante GGZ. Slechts 2% van de volwassenen met depressie werd opgenomen in de GGZ (Bijl & Ravelli, 1998).

Dergelijke cijfers over het zorggebruik van jongeren en ouderen zijn niet beschikbaar; waarschijnlijk zijn ze lager, omdat depressie bij deze groepen minder snel wordt herkend, maar daarom naar verwachting niet minder aanwezig zal zijn.

6.4.2 Wat willen we bereiken?

Op het terrein van vroegsignalering van depressie is nog veel winst te behalen. Bekend is dat een deel van de mensen niet naar een hulpverlener gaat, of pas naar de hulpverlening stapt wanneer de problematiek al in belangrijke mate aanwezig is. Gemeenten hebben nog nauwelijks of geen ervaring op het gebied van preventie van depressie. Op lokaal niveau zijn er echter wel volop mogelijkheden die benut kunnen worden. Het gaat daarbij niet zozeer om nieuwe, kostbare, additionele voorzieningen maar om het creëren van meer samenhang tussen zorgaanbieders enerzijds en zorg en beleidsterreinen anderzijds. Daarnaast kan specifieke expertise van instellingen op het terrein van preventie van depressie worden ingezet.

Landelijk maken jaarlijks 4.000 mensen gebruik van preventieve hulp tegen depressies. Dit is slechts 1% van de personen die jaarlijks met een nieuwe depressie te maken krijgen (Trimbos, Handleiding depressiepreventie in de nota lokaal gezondheidsbeleid).

Belangrijke doelstellingen waar we ons de komende jaren dan ook op willen richten zijn:

1. Het vergroten van het gebruik van preventieve hulp;
2. Het inzetten van preventieve programma's ter voorkoming van depressies;
3. Het bevorderen van vroegsignalering en het verlagen van de drempel voor de hulpvraag. Met als doel te voorkomen dat depressies blijven woekeren, waardoor de kans op genezing kleiner wordt.

De effectiviteit van het beleid zal beoordeeld worden op basis van de ervaringen bij het uitvoeren van het beleid en de investeringen en activiteiten die gedaan worden. We zullen afspraken maken over het aantal interventies, hoe vaak ze worden aangeboden, hoeveel mensen bereikt dienen te worden en welke gezondheidswinst behaald dient te worden. Daarnaast zullen de afzonderlijke activiteiten geëvalueerd worden.

Hoewel de eenzaamheid onder ouderen hoog scoort richten we ons binnen dit speerpunt richten op alle leeftijdscategorieën.

6.4.3 Wat gaan we ervoor doen?

De organisaties die in staat zijn om (vroegtijdig) een sluimerende depressie te signaleren zijn: de GGD, JGZ, GGZ, thuiszorgorganisaties, algemeen maatschappelijk werk en huisartsen. Ook scholen kunnen depressie signaleren. Deze organisaties hebben een belangrijke taak als het gaat om het voorlichten en informeren van het publiek.

Daarnaast hebben bepaalde organisaties de expertise in huis voor het vroegtijdig signaleren en eventueel behandelen van de depressieve klachten. Door deze organisaties bij het beleid te betrekken kan dit effectiever vormgegeven worden en creëren we meer mogelijkheden om succesvolle interventies te doen.

Vertegenwoordigers van de doelgroep dienen eveneens te worden betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van depressiepreventie. Zij kunnen zorg dragen voor een goede aansluiting van het basispakket bij de behoeften van de doelgroep, zoals het kiezen van interventies en omgevingsmaatregel en het opstellen van voorlichtingsmateriaal. Hierbij zullen we bovendien gebruik maken van de expertise van organisaties die zich in dit beleidsterrein gespecialiseerd hebben.

Categorieën

Het preventieve beleid voor depressie staat nog in de kinderschoenen. Aangezien we ons willen richten tot verschillende doelgroepen (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen), is het niet mogelijk om één universeel beleid te ontwerpen voor het hele gebied. Depressiviteit bij oudere mensen vereist immers een andere aanpak dan bij kinderen. Om de interventies effectief te laten zijn, is een benadering per afzonderlijke doelgroep noodzakelijk. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de verschillen binnen de te bereiken groepen.

Grofweg betreft het twee categorieën:

- mensen die nog geen depressieve klachten hebben maar wel tot de risicogroep horen;
- en mensen waarbij al wel depressieve klachten bekend zijn.

Zoals hierboven al weergegeven is het in zijn algemeenheid belangrijk dat bij ontwikkeling van beleid en bij de aanpak van depressie samenwerking met relevante organisaties en vertegenwoordigers van doelgroepen heel belangrijk is.

Om de ingezette interventies te kunnen evalueren zal een aantal aspecten in beeld gebracht moeten worden. Daarom wordt volgend actiepunt opgenomen.

Actie 3.1

Met de uitvoerende organisaties afspraken maken over de in te zetten interventies:

- het aantal interventies
- hoe vaak ze worden aangeboden c.q. afgenomen
- hoeveel mensen we willen bereiken c.q. hoeveel mensen hebben we bereikt
- welke gezondheidswinst willen we bereiken en hoe gaan we dit meten?

Hieronder wordt per categorie aangegeven hoe we het beleid vorm (gaan) geven. Daarna wordt ingegaan op de leeftijdscategorieën.

1. Mensen zonder depressieve klachten, maar behorend tot een risicogroep

Uit onderzoek blijkt dat bepaalde factoren het risico op het ontwikkelen van depressies verhogen.

Depressies hebben vaak meerdere oorzaken. Deze zijn in te delen in drie categorieën: biologische factoren (erfelijkheid), psychische factoren (bijvoorbeeld ontstaan bij de opvoeding) en sociale factoren. Psychische en sociale factoren zijn door preventief beleid te beïnvloeden. Een erfelijke aanleg is niet te voorkomen.

Wel kan al heel jong worden bepaald of kinderen te maken hebben met een ouder met psychische of depressieve klachten. Zie verder doelgroep kinderen.

Ook psychosociale problemen bij de kinderen/jongeren zelf kunnen een voorbode zijn van psychische stoornissen. Hier kunnen preventieve inspanningen zinvol zijn. Een veel toegepaste interventie is dan opvoedingsondersteuning.

Risicofactoren ofwel bedreigingen voor de geestelijke volksgezondheid van mensen kunnen ook gevonden worden in armoede, geweld en criminaliteit, isolatie en eenzaamheid. Maar ook in werkloosheid, een lage opleiding en beperkte vaardigheden. Een goede, intensieve samenwerking tussen thuiszorg, sociale dienst, GGD, huisarts en GGZ kan er toe bijdragen dat er een effectief aanbod uitgevoerd kan worden gericht op het beheersen van depressieve klachten en het stimuleren van eigen mogelijkheden. Zie actie 3.1

Tevens blijkt ook goede huisvesting een belangrijke beschermende factor te zijn bij het bevorderen van de psychische gezondheid van de bevolking. Dit punt zal niet verder worden uitgewerkt in een actiepunten. Er zal wel afstemming blijven tussen de beleidsterreinen volksgezondheid en ruimtelijke ordening.

Voorlichting in het algemeen en gericht op deze risicogroepen blijkt van groot belang. Zie actie 3.2

2. Mensen waarbij de (lichte) depressieve klachten al bekend zijn

Mensen met psychische klachten vinden het vaak moeilijk hiermee naar voren te komen. Er rust nog een taboe op dit onderwerp en men stuit vaak op onbegrip in de samenleving. Goede voorlichting en informatie over dit onderwerp zijn dan ook essentieel om begrip te vragen voor personen in deze situatie. Middelen die ons hierbij ter beschikking staan zijn lokale media en informatiebijeenkomsten. Belangrijk is dat activiteiten laagdrempelig worden aangeboden. Binnen deze activiteiten is voorlichting over zelfhulpprogramma's of preventieve trainingen ook van belang.

actie 3.2

Laten organiseren van voorlichting over depressiviteit/ eenzaamheid door middel van voorlichtingsbijeenkomsten en berichtgeving

Het belang van vroegtijdige signalering is groot. Daarom zal geïnvesteerd moeten worden training van de hiervoor genoemde beroepsgroepen op herkenning van de signalen van depressie. Dit voor zover als deze al niet uit hoofde van hun functie hierin geschoold zijn. Onderzoek wijst uit dat wanneer preventie op het juiste moment wordt aangeboden (in kwetsbare posities en tijdens belangrijke gebeurtenissen) dit een wereld van verschil kan betekenen voor de rest van iemands leven (Trimbos, handleiding depressiepreventie in de nota lokale gezondheidszorg). Hieronder wordt ingegaan op de verschillende leeftijdscategorieën.

Kinderen/ jongeren

Preventie van depressie kan starten bij de allerjongsten. Zij zijn nog bijzonder kwetsbaar voor invloeden vanuit de omgeving en juist in de eerste levensjaren kunnen een goede hechting en basisvertrouwen worden gerealiseerd. Wanneer ouders van jonge kinderen zelf ernstige psychische klachten of psychiatrische problemen hebben, of wanneer ouders de eerste jaren moeilijkheden met de opvoeding ervaren, komen deze ontwikkelingen in de knel. Goede preventieve voorlichting, begeleiding en training van de ouders kunnen helpen om een veilig en stimulerend opvoedingsklimaat te scheppen.

Het bereiken van deze doelgroep, zal in eerste instantie lopen via de jeugdgezondheidszorg. Alle ouders met jonge kinderen worden immers gezien door de consultatiebureauarts en – verpleegkundige. Deze zal alert moeten zijn op kenmerken bij zowel de ouders als de kinderen die kunnen wijzen op een risicosituatie. Hiermee zal deze in zijn voorlichting en advisering richting de ouders rekening moeten houden. Waar mogelijk zullen de drie gemeenten hen door middel van het faciliteren van extra aandachtsconsulten en dergelijke ondersteunen. Hiervoor zullen afspraken worden gemaakt met de Jeugdgezondheidszorg. Naast de signalering door de JGZ is het vergroten van de deskundigheid van medewerkers, het omgaan met ouders en kinderen uit risicosituatie en het doorgeleiden naar gepaste preventie of zorg van belang. Zie actie 4.5

Actie 3.3

Faciliteren van extra aandachtsconsulten depressie bij JGZ voor risicogroepen.

Vanaf de basisschool wordt de invloed van leeftijdsgenoten en de leeromgeving steeds belangrijker. Een veilige en gezonde schoolomgeving is daarom van groot belang. Juist op deze leeftijd kunnen weerbaarheidstrainingen leerlingen helpen om voldoende sociaal en emotioneel weerbaar te worden, waardoor zij beter bestand zijn tegen bedreigende situaties (pesten, misbruik) en waardoor ze belangrijke vriendschappelijke relaties kunnen realiseren. Dit speelt met name bij de overgang van de basisschool naar het voortgezet onderwijs. Door het organiseren van deze trainingen worden jongeren eveneens gewezen op de gevaren van drugs en alcohol en wordt aangegeven hoe hiermee omgegaan kan worden. Zie actie 1.3.

Er kunnen veel maatregelen worden genomen ter bevordering van het psychisch welbevinden van leerlingen. Ook hierin wordt samengewerkt met JGZ en Welzijnswerk en met de GGZ. Er zijn in de regio diverse initiatieven om het regionale of lokale preventieve aanbod richting scholen te bundelen.

Tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid wordt de identiteit steeds duidelijker gevormd. Ook wordt de overgang naar meer zelfstandigheid in gang gezet. Op deze leeftijd kunnen depressies een positieve identiteit en zelfvertrouwen ondermijnen. Wanneer niet adequaat met psychische klachten wordt omgegaan, kunnen de problemen lange tijd in het volwassen leven blijven voortbestaan. Juist op deze leeftijd kunnen sociale en probleemoplossende vaardigheden worden getraind. Voor jongeren met depressieve klachten kunnen preventieve cursussen uitkomst bieden.

Daarnaast kunnen specifieke trainingen voor jeugd en jongeren worden ingezet die al depressieve klachten hebben...grip op je dip, met lef etc. Deze lopen via het reguliere maatschappelijke werk.

Volwassenen

Overbelasting door het werk of een combinatie van werk en zorgtaken kunnen een belangrijke oorzaak van depressie zijn. De informele zorg voor zieke ouders kan tot overbelasting en psychische klachten leiden. Mensen met een lagere sociaal economische status en allochtonen zijn extra kwetsbaar. Er zijn verschillende preventieve trainingen en zelfhulpprogramma's beschikbaar die mensen weer helpen een goede balans in hun leven te vinden. Hieraan zullen we bekendheid geven via maatschappelijk werk, huisartsen, lokale media, WMO loket etc. Zie actie 4.2.

Ouderen

Voor ouderen is het behoud van kwaliteit van leven een belangrijke uitdaging. Verschillende factoren kunnen deze bedreigen: sociaal isolement, verlies van dierbaren, functionele beperkingen, verlies van zelfstandigheid.

Ouderen beleven een periode waarin ze vaak terugkijken op hun leven; zingevingsvragen spelen een grote rol. Er is veel preventieve ondersteuning beschikbaar gericht op versterking van gevoel van controle, verwerking van verlieservaringen, sociale participatie en versterking van zingeving.

De gemeente Woudrichem heeft ervaring opgedaan bij het bestrijden en voorkomen van preventie van depressies bij ouderen bij het project "vereenzaming ouderen". Uit dit project is gebleken dat eenzaamheid bij ouderen en de daarbij horende depressieve klachten veelvuldig voorkomen. Juist door het afleggen van huisbezoeken en het betrekken van mensen bij hun (sociale) omgeving, kan de eenzaamheid bestreden worden. Activiteiten gericht op het betrekken van ouderen en ontmoetingsactiviteiten zullen we bevorderen in samenwerking met de lokale welzijnsinstellingen. De realisering van bijvoorbeeld WMO-inlooppunten waar de ontmoetingsactiviteiten plaats kunnen vinden, is één van de mogelijkheden. De gemeente Werkendam heeft subsidie versterkt voor het ontwikkelen van WMO-inlooppunten. Ook in Woudrichem zal men WMO-inlooppunten gaan organiseren. Bij het stimuleren van ouderen kunnen verbanden worden gelegd met het bestrijden van overgewicht door het stimuleren van gezamenlijk bewegen.

actie 3.4

Stimuleren van (ontmoetings)activiteiten voor ouderen in onder meer te realiseren WMO-inlooppunten.

Een (naar eigen inzicht) nuttige dagbesteding helpt depressies te voorkomen en te verminderen. In verband hiermee is vrijwilligerswerk voor volwassenen en ouderen zeer belangrijk. Enerzijds kunnen vrijwilligers mensen met depressieve klachten ondersteunen en helpen bij het bestrijden van de depressiviteit door bij hen op bezoek te gaan of samen activiteiten te ondernemen. Hierbij is beweging een belangrijk item. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat door beweging en sport depressiviteit kan verminderen. Anderzijds kunnen mensen met depressieve klachten door het doen van vrijwilligerswerk onder relatief minder druk en een lagere belasting een zinvolle dagbesteding vinden. Daarnaast kan het zijn dat bestaande vrijwilligers in contact komen met mensen met depressieve klachten. Een cursus over hoe om te gaan met depressie bij anderen kan een welkome aanvulling zijn. Door middel van de vrijwilligerscentrales en de welzijnsorganisaties die een coördinerende rol spelen bij de inzet van vrijwilligers zullen we hieraan bijdragen.

Vanuit de lokale organisaties en de GGZ instelling is hiervoor een trainingsaanbod speciaal voor ouderen ontwikkeld.

actie 3.5

Stimuleren en ondersteunen vrijwilligerswerk voor en door volwassenen en ouderen met depressieve klachten.

- door middel van de vrijwilligerscentrales en de welzijnsinstellingen.

6.5 De ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg

6.5.1 Inleiding

Alle kinderen in Nederland hebben recht op zorg en de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-19 jaar valt onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. In het Basistakenpakket JGZ staan de taken die de gemeenten op dit gebied moeten uitvoeren.

Het uniforme deel bevat zorg dat aan elk kind in elke gemeente moet worden aangeboden, zoals screening en vaccinaties.

Wat betreft maatwerkproducten gaat het om producten waarbij de gemeente beleidsvrijheid heeft om het zorgaanbod af te stemmen op zowel specifieke zorgbehoeften van individuen, als op de lokale of regionale gezondheidssituatie. Thuiszorg Mark en Maasmond levert voor de 0-4 jarigen de zorg in de drie gemeenten. De GGD West-Brabant voert de JGZ 4-19 jaar uit.

Daarnaast heeft de gemeente op het gebied van de JGZ de verantwoordelijkheid voor een vijftal gemeentelijke taken. Deze vijf gemeentelijke taken vallen onder prestatieveld 2 van de Wmo.

Prestatieveld twee luidt:

“Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en ondersteuning van ouders met problemen met opvoeden”.

De vijf functies zijn:

1. Informatie en advies aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien.
2. Signaleren van problemen door instellingen als jeugdgezondheidszorg en onderwijs.
3. Toegang tot het (gemeentelijk) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van een sociale kaart voor ouders, kinderen en jeugdigen en verwijzers.
4. Pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening), zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren.
5. Coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (gezinscoaching).

6.5.2 Wat willen we bereiken?

De drie gemeenten sluiten zich aan bij de landelijke ambitie. Hierin staat het kind centraal en wordt gestreefd naar een sluitende keten van jeugdzorgvoorzieningen. Door invulling te geven aan de hierboven genoemde functies komen de gemeenten hier voor een deel aan tegemoet. Om te zorgen voor een sluitende keten zullen instellingen nauw met elkaar moeten samenwerken en zullen duidelijke afspraken gemaakt moeten worden rondom verantwoordelijkheden.

Gedurende de looptijd van deze nota zal een aantal ontwikkelingen de nodige aandacht vragen. Hoe één en ander vorm zal krijgen, is op dit moment nog onvoldoende uitgewerkt. Concreet kan gezegd worden dat in 2011 de volgende doelstellingen zijn gerealiseerd:

- De integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar heeft vorm gekregen.
- Elke jeugdzorginstelling werkt met een elektronisch kinddossier.
- Elke gemeente heeft een lokaal signaleringssysteem gekoppeld aan het landelijke verwijsindex risicjongeren.
- In elke gemeente/ regio is een Centrum/loket voor Jeugd en Gezin.

6.5.3 Wat gaan we er voor doen?

Kijkend naar bovenstaande gemeentelijke taken en ambities kan geconcludeerd worden dat er veel af komt op de gemeente. Dat neemt niet weg dat op een aantal aspecten als licht pedagogische hulp en voorlichting en advies al het één en ander gebeurt. Op diverse plaatsen is opvoedingsondersteuning (functie 4) mogelijk en daarnaast kan er via (school)maatschappelijk werk ingezet worden op diverse coachende trajecten (functie 4). De afgelopen jaren is ook veel ingezet op voorlichting voor zowel jong als oud rondom diverse thema's (functie 1).

Begin 2007 is tijdens een gezamenlijke werkconferentie van de drie gemeenten dan ook aangegeven dat er nog veel te verbeteren valt als het gaat om integraal beleid in de jeugdgezondheidszorg.

Met name de privacy-gevoeligheid van informatie maakt dat organisaties moeilijk samenwerken en dat soms slechts met mate informatie aan elkaar overdragen. Ook dit bleek als groot knelpunt naar voren te komen tijdens de gezamenlijke werkconferentie. Organisaties vinden elkaar steeds beter en stemmen steeds meer op elkaar af. Toch kan dit nog beter georganiseerd worden. De zorg voor een kind overstijgt het privacy probleem steeds meer. De hernieuwde werkwijze van het JeugdZorgTeam voor de gemeenten Woudrichem en Werkendam heeft hier ook een positieve bijdrage aan geleverd. Meer over het Jeugdzorgteam kunt u lezen in onder andere de nota Onderwijs van de gemeente Werkendam. Het 12+ netwerk in Aalburg functioneerde op dit punt al goed. Het 12- netwerk van de gemeente Aalburg hanteert een privacy protocol. Ook dit loopt goed. Dit alles heeft ook een positief effect als het gaat om het gezamenlijk signaleren van problemen en de afstemming hiertussen (functie 2). Het grootste struikelpunt na afstemming lijkt de verdeling van verantwoordelijkheid. Wie coördineert wat en is waarvoor verantwoordelijk (functie 5). Ouders, zo bleek uit de gezamenlijke werkconferentie, weten onvoldoende de weg. De sociale kaart zal veel meer ontwikkeld en gecommuniceerd moeten worden^{xii}.

De ontwikkelingen genoemd in paragraaf 6.5.2 zullen een positieve bijdrage leveren op de hier geschetste knelpunten (en de knelpunten benoemd tijdens de gezamenlijke werkconferentie). De uitwerking van deze ontwikkelingen zal, zoals ook al genoemd in paragraaf 6.5.2, een paar jaar in beslag nemen. Hieronder leest u een korte weergave van de stand van zaken op dit moment. Zie voor meer informatie het bijlagenboek.

1. Ontwikkelingen integrale jeugdgezondheidszorg

Per 1 januari 2003 zijn de financiële middelen voor de uitvoering van de JGZ van 0 tot 4 jaar naar de gemeente overgeheveld door middel van een Regeling Specifieke Uitkering JGZ (RSU-JGZ). De uitvoering van de JGZ van 4 tot 19 jaar ligt bij de GGD die ook door de gemeenten gefinancierd wordt. Het Rijk beoogde hiermee een integrale uitvoering van de JGZ van 0 tot 19 jaar te bevorderen. Gebleken is dat de uitvoering van de JGZ in de drie gemeenten nog steeds plaatsvindt door de thuiszorginstelling Mark en Maasmond en de GGD West-Brabant en dat er nog steeds niet gesproken kan worden van een integrale uitvoering. Een aantal producten worden al wel integraal door de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar uitgevoerd, maar we zijn er nog niet. Ook landelijk blijkt de integrale JGZ onvoldoende van de grond gekomen te zijn. Regionaal wordt nu gekeken hoe deze samenwerking beter vorm gegeven kan worden. De gemeente Breda is hierin de trekker. Dit zal zich hoofdzakelijk in 2008 afspelen. Lokaal heeft dit mogelijk ook consequenties.

Daarnaast is een convenant gesloten tussen de GGD en de thuiszorginstellingen. Dit convenant biedt een betere waarborg voor de integrale JGZ dan de situatie voor het convenant. Het kan zijn dat de resultaten uit het regionale onderzoek invloed hebben op de huidige convenanten. Deze zullen dan worden aangepast aan de uitkomsten van het onderzoek.

In ieder geval zal de hierboven geschetste ontwikkeling moeten resulteren in een heldere sociale kaart. Een sociale kaart waarin duidelijk is geregeld wie, waarvoor, waar en wanneer verantwoordelijk is. Volgend actiepunt vloeit hieruit voort.

Actie 4.1

Volgen van het regionaal onderzoek integrale jeugdgezondheidszorg en naar aanleiding van de uitkomsten actie ondernemen.

2. Elektronisch kinddossier

Het EKD is de elektronische versie van het huidige papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de JGZ direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak.

Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede JGZ. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet voor onderzoek komen.

Het moge duidelijk zijn dat dit instrument een positieve bijdrage zal leveren aan functie 2 van de gemeentelijke taken. In 2008 wordt begonnen met de invoering van lokale EKD's.

Daarnaast zal er een landelijke 'kop' ontwikkeld worden voor uitwisseling van gegevens en landelijke gegevensanalyse.

Gemeenten vervullen een regierol in de lokale invoering van het EKD in de JGZ. Het gebruik van een EKD door de JGZ zal in het kader van de toekomstige wet Publieke Gezondheid aan gemeente verplicht worden gesteld. Gemeenten zijn dus als regisseur en financier van de JGZ wel nadrukkelijk belanghebbenden bij de invoering van het EKD. De VNG behartigt dan ook de gemeentelijke belangen naar het Rijk toe.

Actie 4.2

Volgen van de landelijke ontwikkelingen rondom het EKD en afhankelijk hiervan invulling geven aan de regierol als gemeente

3. signaleringssysteem Zorg voor Jeugd

In de gemeente Helmond is het concept 'Zorg voor Jeugd' ontwikkeld en in praktijk gebracht. Dit concept omvat enerzijds een digitaal registratie- en signaleringssysteem en anderzijds een afsprakensysteem (convenant) over wie zorgcoördinator is voor jongeren die contact hebben met meerdere instanties, de taken en bevoegdheden van de zorgcoördinator en wie de verticale doorzettingsmacht heeft.

Dit systeem zal ook in de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem ingevoerd worden. Met behulp van dit instrument geeft de gemeente een duidelijke invulling aan de functies 2, 3 en 5. Taken die zoals hierboven al weergegeven nog onderbelicht waren. In 2008 zal dit systeem verder ontwikkeld en ingevoerd worden.

3a. landelijke verwijsindex

Het signaleringssysteem Zorg voor Jeugd is in principe de lokale variant van de landelijke VerwijsIndex Risicjongeren (VIR). Met dit verschil dat lokaal ook de zorgcoördinatie is geregeld, daar waar het landelijk alleen om het signaleren gaat.

Het is echter van groot belang dat er een koppeling komt tussen het lokale signaleringssysteem en het landelijke. Het is immers bekend dat juist gezinnen met meervoudige problemen vaker verhuizen. Hierdoor verliezen de (gemeentelijke) instellingen of een school het gezin uit het oog. De signalering van (risico's op) problemen en eventueel starten van hulpverlening begint dan in de volgende gemeente weer bij nul of zelfs helemaal niet. Bovendien is leefwereld van een jeugdige lang niet altijd beperkt tot één gemeente. Zo kan hij bijvoorbeeld wonen in de ene gemeente en naar school gaan of juist spijbelen in de andere. Een laatste argument voor een landelijke verwijsindex is dat er verschillende instellingen actief zijn die meerdere gemeenten tot hun werkgebied hebben, zoals de ROC's, GGD, maatschappelijk werk, politie en justitie.

Deze koppeling zal naar verwachting in 2008 of 2009 gerealiseerd worden. Ook bij de invoering van de VIR speelt de gemeente een regierol.

Actie 4.3

Invoeren van het systeem zorg voor jeugd inclusief de koppeling met het landelijke verwijsindex risicjongeren.

4. Centrum voor Jeugd en Gezin

Stevig overheidsingrijpen is nodig om de moeizame en soms falende samenwerking van en de afstemming tussen de instanties die betrokken zijn bij de zorg voor jeugdigen, beter te doen verlopen. Het Centrum voor Jeugd en Gezin-concept (CJG) is een instrument om versnippering op dit domein tegen te gaan. Daarnaast is er steeds meer opvoedingsonzekerheid bij ouders door de toenemende complexiteit van onze samenleving.

Ouders, kinderen, jongeren en professionals kunnen bij het CJG terecht met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien (prestatieveld 2).

De ontwikkeling van een centrum of loket voor jeugd en gezin zal met name centraal staan gedurende de looptijd van deze nota. Vanaf 2011 zijn gemeenten verplicht een CJG te hebben. Het CJG wordt gezien als het instrument om de vijf gemeentelijke taken te bundelen c.q. op elkaar af te stemmen.

Actie 4.4

Het ontwikkelen van een centrum/ loket voor Jeugd en Gezin en hierbij samenwerken tussen de drie gemeenten.

6.6 Integraliteit

In de hele nota kunt u lezen dat de drie gemeenten streven naar integraal beleid. Gedurende de looptijd van deze nota willen we deze integraliteit meer handen en voeten geven. U kunt daarbij denken aan afstemming tussen de beleidsterreinen onderling. Bijvoorbeeld tussen de terreinen onderwijs, sport en jeugd als het gaat om bewegen en overgewicht. Maar het gaat ook om afstemming tussen externe organisatie onderling en tussen de gemeente en externe organisaties. Zoals eerder aangegeven weten organisaties soms nog onvoldoende van elkaar wie waar mee bezig is. En ook de gemeenten weten soms onvoldoende welke activiteiten er allemaal plaatsvinden. Dit is dan ook de reden dat de volgende actiepunten zijn opgenomen.

Actie 5.1

Ontwikkelen en bijhouden van een jaaractiviteitenkalender

- waarop organisaties aangegeven welke activiteiten zij in de loop van het jaar gaan ondernemen met betrekking tot de vastgestelde speerpunten.

Actie 5.2

Bewaken van de afstemming tussen diverse beleidsterreinen daar waar het gaat om gezondheidsaspecten

6.7 Conclusie

Alcohol, drugs, overgewicht en depressie zijn gezondheidsbedreigingen die niet alleen landelijk maar ook regionaal en lokaal verergerd zijn de afgelopen jaren. Het is dan ook niet zonder reden dat de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem deze speerpunten centraal zetten de komende vier jaar. Daarnaast is er voor gekozen de belangrijkste ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg gebundeld op te nemen in de nota. Niet alleen van uit een gemeentelijke verplichting om zorg te dragen voor de jeugdgezondheidszorg, maar ook om zo de voortgang en de samenhang te waarborgen.

Niet alle maatregelen zijn 'smart' te formuleren. De inzet van deze nota beslaat immers grotendeels preventieve activiteiten. De inzet van preventieve activiteiten is moeilijk meetbaar te maken. De 3 gemeenten zullen zoveel mogelijk gebruik maken van effectief gebleken interventies. Aangezien de kennis over de effectiviteit van maatregelen nog niet volledig is, zal daarnaast gebruik gemaakt worden van aanbevolen interventies of best-practices.

Als het gaat om preventieprogramma's van de GGD West-Brabant kan vermeld worden dat de gezondheidsbevorderaars van de GGD standaard gebruik maken van Preventie Effectiviteitsinstrument 2.0 om de effectiviteit van interventies te vergroten.

Hoewel we gestreefd hebben naar concrete acties behoeven sommige actiepunten nog wel nadere uitwerking. Op deze manier creëren we ruimte voor nieuwe, actuele ontwikkelingen en voortschrijdende inzichten. Bovendien biedt dit mogelijkheden om in overleg met de relevante partijen een programma op maat samen te stellen. Het belang van afstemming tussen alle partijen komt in meerdere hoofdstukken naar voren. Hoewel enige verandering merkbaar is, weten organisaties nog onvoldoende over elkaars bezigheden/activiteiten. Niet alleen tussen organisaties maar ook tussen beleidsterreinen onderling zal beleid op elkaar moeten worden afgestemd. Ook deze integrale afstemming zal de effectiviteit van onder andere preventieactiviteiten ten goede komen.

7. Bijlagen

Bijlage 1: begrippen, definities en afkortingen

RVTV Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning

NIGZ Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

VWS Volksgezondheid, Welzijn en Sport

GGD Gemeentelijke Gezondheidsdienst

VROM Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu

JGZ Jeugdgezondheidszorg

PGO Preventief GezondheidsOnderzoek

SCW Sociaal Cultureel Werk

Wmo Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Wcpv Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

SES Sociaal Economische Status

VGZ VolkGezondheidZorg

RSU Regeling Specifieke Uitkering

EKD Elektronisch Kinddossier

ROC Regionaal OpleidingsCentrum

CJG Centrum voor Jeugd en Gezin

VWA Voedsel- en Warenactiviteit

Bijlage 2: Literatuurlijst

Bossuyt N., Van Oyen H, Gezondheidsrapport: Socio-economische verschillen in gezondheid. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie
November 2001; Brussel

Boverhof M. GGD West-Brabant. Ontwikkelingen SEGV in het verleden. In: Regionale VTV, Regionaal Kompas Volksgezondheid. Breda: GGD West-Brabant, 24 juli 2007.

GGD West-Brabant; Kadernota Alcoholmatigingsbeleid in West-Brabant. 2008-2012, Breda juni 2007

GGD West-Brabant; Gezondheid telt! in West-Brabant, Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Uitgeverij RIVM, CO2 Premedia. Breda 2006

GGD West-Brabant; Gezondheid telt! in Aalburg, Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Uitgeverij RIVM, CO2 Premedia. Breda 2006

GGD West-Brabant; Gezondheid telt! in Werkendam, Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Uitgeverij RIVM, CO2 Premedia. Breda 2006

GGD West-Brabant; Gezondheid telt! in Woudrichem, Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Uitgeverij RIVM, CO2 Premedia. Breda 2006

Land H van 't, Ruiters C de, Berg M van den, Schoemaker C. Preventie gericht op drugs. In: Brancherapporten VWS. 11 mei 2005. Den Haag: VWS, 2005c

Lucht, F van der (RIVM). Socio-economische gezondheidsverschillen samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 20 juni 2006.

Ministerie VWS en OCW, Koersbrief, over onderwijs, cultuur en sporteducatie. 3 augustus 2007.

NIGZ, Wat kan u gemeente doen aan sociaal-economische gezondheidsverschillen, richtlijnen voor een wijkaanpak. 2006 De brochure is onderdeel van de map Bevorderen van gezond leven.

NIGZ; Overgewicht; 15 normen voor opgroeien met een gezond gewicht: ingrediënten voor een lokale aanpak; Uitgeverij NIGZ, 2007

Nijboer, C en S. van Alst; Overgewicht. De gemeente aan zet. NIZG. Woerden 2005

Nijboer, Dr.Ir. C., "Overgewicht: Lokaal ingedikt en uitgediept". NIGZ, Woerden 2004

Operatie Jong, Koersen op het kind, kompas voor het nieuwe kabinet, Sturingsadvies deel 2, november 2006, drukkerij Groen, Leiden

Stivoro, handleiding tabakspreventie in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid, Den Haag, 2007

Trimbos-instituut, Handleiding depressiepreventie in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid

Verdurmen J, Ketelaars T, Van Laar M, Fact Sheet Drugsbeleid. Nationale Drug Monitor. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005a

Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland, Onverdeeld gezond, terugdringen sociaal –economische gezondheidsverschillen en bevorderen gezond leven door lokaal beleid. 2004

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

Voedingscentrum; Nederland in Balans. Masterplan Preventie Overgewicht 2005 - 2010. Voedingscentrum. Den Haag 2005

www.brancherapporten.minvws.nl

Bijlage 3 Relevante partijen c.q beleidsvelden⁷

Partij/beleidsveld	Speerpunt 1	Speerpunt 2	Speerpunt 3	Speerpunt 4
beleidsvelden				
jeugd	x	x	x	x
Onderwijsbeleid	x	x	x	x
Sociale zaken/Bureau Altena		x	x	
Economische zaken	x			
VROM		x	x	
WMO	x	x	x	x
Openbare orde en veiligheid	x			
sport		x	x	
welzijn	x	x	x	x
Regionale partijen				
GGD	x	x	x	x
GGZ	x		x	
Stichting Mark en Maasmond	x	x		x
Novadic Kentron/ de Hoop	x			x
Woningbouw			x	
Justitie	x			x
Huisartsen	x	x	x	x
Loket Land van Heusden en Altena				
Ziekenhuizen	x	x	x	x
Verloskundigen				x
Voortgezet Onderwijs	x	x	x	x
Lokale partijen				
Basisonderwijs	x	x		x
Trema	x	x		x
Juvans	x	x		x
Peuterspeelzalen		x		x
Kinderdagverblijven		x		x
Sportverenigingen	x	x		x
Gezondheidscentra	x	x	x	x
Tandartsen	x		x	
Diëtisten		x	x	
Bibliotheek/ gezondheidsinformatiepunt	x	x	x	x
Kerken	x		x	
Arbodiensten				
Gemeenteraden				
burgers				

⁷ De meeste relevante partijen zijn gemerkt door middel van de ‘vetgemaakte’ kruisjes. Met deze partijen is voorafgaand aan de officiële inspraakavond overleg geweest. Speerpunt 5 is hier buiten beschouwing gelaten.

Overleggen en klankbordgroepen				
Klankbordgroepen WMO				
OOGO	x	x		x
Directeurenoverleg	x	x		x
OAB werkgroep				
Regiegroep Jeugd Werkendam	x	x	x	x
Overleg Jeugd Woudrichem	x	x	x	x
Jeugd en Veiligheid 12- Aalburg	x	x	x	x
Clientenraad				
Ouderenbonden	x	x	x	

Noten

- ⁱ De huidige Wcpv zal naar verwachting in 2008 vervangen worden door de Wet Publieke Gezondheid. Hierin zal de Wcpv, de infectieziektenwet en de quarantainewet bijeen worden gebracht. Behalve de wettelijke verplichting tot het gebruik van een EKD binnen de JGZ heeft het voor de inhoud van deze nota geen consequenties.
- ⁱⁱ Voor een volledig beeld van alle in kaart gebrachte cijfers wordt verwezen naar de Kernboodschappen voor lokaal beleid 2007 (GGD West-Brabant) en de ouderenmonitor 2006 gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem (GGD West-Brabant)
- ⁱⁱⁱ Binge-dinken is het drinken van 6 glazen of meer alcohol op 1 of meer weekenddagen.
- ^{iv} Drinken totdat men in coma raakt.
- ^v De politie gaat optreden bij openlijk alcohol- en drugsgebruik in overlastsituaties en in situaties wanneer jongeren om een andere reden worden aangehouden (bijvoorbeeld bij rijden zonder helm). Wanneer het gaat om jongeren onder de 18 jaar, die openlijk alcohol of drugs gebruiken, worden de ouders geïnformeerd. Vervolgens worden de jongeren naar Halt gestuurd. Als jongeren niet meewerken of bij herhaling van het strafbare feit volgt een procesverbaal, boete of werkstraf. Wat betreft drugsgebruik geldt dat in het uiterste geval de kinderrechter wordt ingeschakeld. Bij jongeren boven de 18 jaar volgt een procesverbaal en boete bij alcoholgebruik en inbeslagname, procesverbaal en boete of werkstraf bij drugsgebruik.
- ^{vi} Gezondheid Telt! Kernboodschappen voor lokaal beleid, *GGD West-Brabant*
- ^{vii} www.voedingscentrum.nl
- ^{viii} Nederland in balans, Masterplan Preventie Overgewicht 2005-2010, *Voedingscentrum*
- ^{ix} Gezondheid Telt! Kernboodschappen voor lokaal beleid, *GGD West-Brabant*
- ^x NIGZ; Overgewicht; 15 normen voor opgroeien met een gezond gewicht: ingrediënten voor een lokale aanpak; Uitgeverij NIGZ, 2007
- ^{xi} Zie lokale nota's WMO
- ^{xii} In de gemeente Aalburg is de ontwikkelingen van de sociale kaart van Aalburg in 2008 uitbesteed aan K2.