

# **Nota lokaal volksgezondheidsbeleid**

**2009 – 2011**

**DEN HELDER**

**Vastgesteld door de gemeenteraad op 31 augustus 2009**

Nota volksgezondheidsbeleid 2009 – 2011 d.d. 4 augustus 2009.

# Inhoudsopgave

	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Gemeenten, gezondheid en gezondheidsbeleid</b>	<b>4</b>
1.1	Waarom gemeentelijk gezondheidsbeleid?	
1.2	Gezondheid en gezondheidsbeleid	
1.3	Verantwoordelijkheden van de gemeente	
	1.3.1 Wet publieke gezondheid/ Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)	
	1.3.2 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	
1.4	Waarom een nota lokaal gezondheidsbeleid?	
<b>2</b>	<b>Landelijk preventiebeleid: Kiezen voor gezond leven</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>De gezondheidstoestand in de Kop van Noord-Holland</b>	<b>10</b>
3.1	De algemene gezondheidstoestand	
3.2	De gezondheid in relatie tot de speerpunten.	
<b>4</b>	<b>Doelstellingen lokaal gezondheidsbeleid 2009 – 2011</b>	<b>12</b>
4.1	Het verkleinen en teniet doen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen	
4.2	Leefstijlen	
4.3	Speerpunten	
4.4	Effecten van het beleid	
4.5	Interculturele samenleving	
<b>5</b>	<b>De speerpunten van het beleid</b>	<b>16</b>
5.1	Roken	
5.2	Overgewicht	
5.3	Diabetes	
5.4	Jeugd en alcohol	
5.5	Psychische problemen	
5.6	Veilig vrijen	
<b>6</b>	<b>Financiën</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Communicatie en tijdpad</b>	<b>27</b>
<b>Bijlagen:</b>		
<b>I</b>	<b>Actieplannen jeugd en alcohol, psychische problemen en veilig vrijen</b>	

## 1. INLEIDING

Voor u ligt de nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2009 - 2011. Hierin staan de speerpunten benoemd die de komende jaren moeten bijdragen aan de gezondheidssituatie van de burgers in Den Helder.

In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) is bepaald dat de gemeenten elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststellen. In verband met de in werking treding van de Wet publieke gezondheid heeft de nu voor u liggende nota een looptijd van 2009 tot en met 2011<sup>1</sup>.

Sinds 2002 stelt de minister vooraf landelijke prioriteiten vast op het gebied van de collectieve preventie. Voor de huidige projectperiode zijn deze vastgelegd in de preventienota *Kiezen voor gezond leven*. Deze preventienota gaat over de afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid. In de preventienota worden speerpunten benoemd. De gemeenten worden geacht in hun beleid aan te sluiten bij deze landelijke speerpunten, maar behouden daarnaast ruimte voor eigen beleid.

De nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2009 – 2011 is ontwikkeld in samenwerking met de regiogemeenten in de Kop van Noord-Holland en de GGD Kop van Noord-Holland. De basis is gelegd in de regionale nota *Preventie voor zorg; lokaal gezondheidsbeleid Kop van Noord-Holland 2007 – 2011*. In deze nota staan de regionale uitgangspunten en actiepunten benoemd en wordt uitgebreid ingegaan op de gezondheidssituatie in de Kop van Noord-Holland. In de nu voor u liggende nota zijn de regionale gegevens beknopt weergegeven en aangevuld met specifiek Helderse beleid.

De nota begint met een beschrijving van het wettelijk kader en het belang van lokaal gezondheidsbeleid. Vervolgens wordt een beknopte beschrijving gegeven van de gezondheidssituatie in de Kop van Noord-Holland en Den Helder. In hoofdstuk 4 zijn de doelstellingen van het beleid geformuleerd; deze zijn nader uitgewerkt in hoofdstuk 5. De nota eindigt met een communicatie- en een financiële paragraaf.

---

<sup>1</sup> In november 2008 is de Wet publieke gezondheidszorg in werking getreden en is de Wcpv hierin opgegaan (zie ook paragraaf 1.3.1). In deze wet is bepaald dat de gemeenteraad voor het eerst voor 1 juli 2011 en vervolgens om de vier jaar het gemeentelijk gezondheidsbeleid moet vaststellen. Omdat de huidige verplichting nog gebaseerd is op de Wcpv wordt in deze nota in veel gevallen nog de term Wcpv gehanteerd; in dat geval wordt er onder begrepen: het onderdeel collectieve preventie binnen de Wet publieke gezondheid

# 1. GEMEENTEN, GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSBELEID

## 1.1 Waarom gemeentelijk gezondheidsbeleid?

Gemeenten hebben voldoende redenen om een lokaal gezondheidsbeleid te voeren. Een gezonde en gelukkige bevolking vormt immers de basis voor een goed functionerende en productieve samenleving. Gezonde mensen kunnen beter meedoen aan de maatschappij en hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg dient dus duidelijk een maatschappelijk belang. Daarnaast zijn gemeenten vanuit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), c.q. de Wet publieke gezondheid ook verplicht elke vier jaar een gezondheidsbeleid op te stellen en dit in een nota vast te leggen.

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

## 1.2 Gezondheid en gezondheidsbeleid

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

De gezondheid van mensen wordt beïnvloed door de volgende factoren:

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

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

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

Vrijwel alle sectoren van het overheidsbeleid zoals ruimtelijke ordening, bouwen & wonen, vergunningverlening, brandpreventie, onderwijs, sport, maatschappelijke opvang, werk en

inkomen, welzijn, enz. hebben raakvlakken met de volksgezondheid.

Om een effectief gezondheidsbeleid te ontwikkelen en uit te voeren is het nodig dat actoren op al deze beleidsterreinen zich betrokken voelen bij de openbare gezondheidszorg. Het college van Burgemeester & Wethouders kan dit bevorderen door, alvorens besluiten met mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid te nemen, advies te vragen aan de GGD.

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

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

### 1.3 Verantwoordelijkheden van de gemeente

De wetten die de basis vormen voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid met betrekking tot de gezondheid van de burgers zijn – naast de Grondwet en de Gemeentewet - de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), c.q. de Wet publieke gezondheid en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wcpv en de Wmo verplichten gemeenten tot een verantwoordelijkheid op het uitvoerende vlak.

#### 1.3.1 Wet publieke gezondheid/Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

In november 2008 is de Wet publieke gezondheid in werking getreden. Deze nieuwe wet komt voort uit internationale afspraken om de verspreiding van infectieziekten tegen te gaan. Deze afspraken maken het nodig om drie bestaande wetten te integreren:

- De Wcpv, die de organisatie van de openbare gezondheidszorg en de instandhouding van de GGD regelt.
- De Infectieziektenwet gericht op de concrete bestrijding van infectieziekten crises.
- De Quarantainewet, die regelt dat personen en vervoersmiddelen in het internationale verkeer vanwege gezondheidsgevaar in isolatie kunnen worden gezet.

De invoering van de Wet publieke gezondheid heeft geen grote gevolgen voor de collectieve preventie en de jeugdgezondheidszorg.

De gemeente is op grond van de Wet publieke gezondheid (eerder de Wcpv) verantwoordelijk voor de collectieve preventie in de gemeente. Dit betekent, dat de gemeente de taak heeft de gezondheid van zijn inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Evenals de Wcpv onderscheidt de Wet publieke gezondheid drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg.

Onder *collectieve preventie* wordt verstaan:

- Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking (epidemiologie)
- Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen
- Bijdragen aan preventieprogramma's

- Bevorderen van medisch-milieukundige zorg (onderzoeken, adviseren en signaleren op het terrein van milieu en gezondheid, bijvoorbeeld asbest, geluidshinder, binnenmilieu en bij rampen)
- Bevorderen van technische hygiënezorg (bv. controle van kindercentra, tatoeage- en piercingstudio's, grote evenementen en seks- en relaxhuizen)
- Het bieden van psychosociale hulp bij rampen <sup>2</sup>

Onder *infectieziektenbestrijding* wordt verstaan:

- Algemene infectieziektenbestrijding
- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids
- Tuberculosebestrijding
- Bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten
- Geven van voorlichting en begeleiding

Onder *jeugdgezondheidszorg* wordt verstaan:

- Verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen van 0 – 19-jarigen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren
- Ramen van de behoefte aan zorg
- Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het rijksvaccinatieprogramma
- Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding
- Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen

De Wcpv bepaalt, dat de gemeente voor de uitvoering van bovengenoemde taken een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand houdt. Dit maakt de GGD tevens tot de belangrijkste partner binnen het gezondheidsbeleid. Daarnaast worden taken uitgevoerd door o.m. de thuiszorginstellingen (jeugdgezondheidszorg 0 – 4 jarigen), instellingen voor verslavingszorg en instellingen op het gebied van de geestelijk gezondheidszorg.

De meeste taken op het gebied van de collectieve gezondheid zijn centraal vanuit de Rijksoverheid geregeld. De taken waar de gemeente meer regie over heeft, zijn het maatwerkdeel binnen de Jeugdgezondheidszorg, medisch-milieukundige zorg, beleidsadvisering, (deels) epidemiologie en gezondheidsbevordering.

### **1.3.2. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**

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

---

<sup>2</sup> Voorheen viel ook de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) onder de Wcpv. Vanaf 1 januari 2007 valt deze taak onder de Wet Maatschappelijke Opvang (Wmo). Alleen de psychosociale hulp bij rampen is onder de Wcpv gehandhaafd.

van voorzieningen voor mensen met een beperking, de openbare geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg,

De relatie tussen de de Wmo en de Wcpv kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar functionerende pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. De Wcpv heeft als doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De Wmo heeft als doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij.

Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal, als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij beter mogelijk. Veel (gezondheids) winst is te behalen wanneer men problemen voorkomt of anders zo vroeg mogelijk in het (ziekte)proces ingrijpt. De openbare gezondheidszorg en de Wmo vullen elkaar dus aan.

#### **1.4 Waaron een nota lokaal volksgezondheidsbeleid**

De Wcpv en vervolgens de Wet publieke gezondheidszorg verplichten gemeenten vierjaarlijks een gezondheidsbeleid te ontwikkelen en dit vast te leggen in een nota. In de nota moeten – in aanvulling op de wettelijke taken - de speerpunten, doelstellingen en activiteiten worden geformuleerd voor een periode van vier jaar. Het vaststellen van de speerpunten gebeurt o.a. aan de hand van een analyse van de gezondheidssituatie van de bevolking. De GGD levert deze epidemiologische gegevens.

Bij het bepalen van de beleidskeuzen voor de komende vier jaar baseren wij ons verder op:

- Het rijksbeleid zoals neergelegd in de preventienota *Kiezen voor gezond leven*.
- Ontwikkelingen in het beleid van de rijksoverheid, zoals de inwerkingtreding van de Wmo.
- De regionale nota *Preventie voor zorg; Lokaal gezondheidsbeleid Kop van Noord-Holland 2007 - 2011*.
- De maatschappelijke situatie en ontwikkelingen in onze gemeente.

In de volgende drie hoofdstukken gaan we hier nader op in en worden beleidskeuzes gemaakt.

## 2. LANDELIJK PREVENTIEBELEID: KIEZEN VOOR GEZOND LEVEN

De preventienota van het kabinet *Kiezen voor gezond leven (2006)* is gebaseerd op gegevens over de gezondheid van de Nederlandse bevolking van het RIVM (VTV 2006), uit beschikbare interventiestrategieën en uit overleg met diverse partijen. Samengevat is de conclusie:

- Nederland raakt met gezondheid internationaal achterop
- Ongezond gedrag draagt bij aan ziektelast
- Lage sociaal-economische status is nadelig voor de gezondheid
- Er zijn aanzienlijke regionale verschillen in gezondheid en risicofactoren

Preventiebeleid is erop gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Die goede gezondheid wordt afgemeten aan de volgende doelen:

- het ouder worden van mensen (toename aantal gezonde levensjaren);
- langer gezond leven (toename aantal gezonde levensjaren);
- minder verschil in gezondheid tussen mensen (verkleining verschil in achterstand bij mensen uit lagere sociaal-economische milieus).

**In *Kiezen voor gezond leven* is het bevorderen van een gezonde leefstijl voor de komende jaren als hoofdthema van het preventiebeleid gekozen.**

Iedereen krijgt te maken met ziekte en de gevolgen daarvan. Ziekte is deels onvermijdelijk door aanleg of toeval. De welvaartsziekten van nu zijn echter grotendeels te vermijden. Ongezonde leefgewoonten vormen veel risico voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes type 2.

Het voorkomen en tegengaan van *roken, schadelijk alcohol gebruik en overgewicht* (voeding en bewegen) levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. Deze leefstijlfactoren waren reeds speerpunt in de preventienota 2002, maar omdat er nog meer gezondheidswinst op valt te boeken zijn ze als speerpunt gecontinueerd in *Kiezen voor gezond leven*.

Naast deze drie factoren worden ook twee ziekten tot speerpunt benoemd: *diabetes en depressie*. Diabetes is deels erfelijk bepaald of een verouderingsziekte, maar het op jonge leeftijd ontwikkelen van diabetes type 2 kan voor een aanzienlijk deel voorkomen worden met een gezonde leefstijl. Depressie is een van de belangrijkste psychische stoornissen waar met preventie gezondheidswinst te boeken is. Door vroegsignalering en tijdige interventie kan een flink deel van de ziektelast worden voorkomen.

De landelijke doelstellingen per speerpunt zijn:

- *Roken:*
  - in 2010 zijn er nog 20% rokers (nu 28%)
- *Schadelijk alcohol gebruik:*
  - het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 terugbrengen naar het niveau van 1992;
  - minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% nu naar 7,5% in 2010.



- *Overgewicht:*
  - het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005);
  - het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).
- *Diabetes:*
  - het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen;
  - daarbij heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties.
- *Depressie:*
  - meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4000 mensen bereikt).

Gemeenten zijn samen met het rijk verantwoordelijk voor het preventiebeleid. De rijksoverheid moet zorgen voor een goede landelijke infrastructuur. De gemeenten moeten de landelijke prioriteiten vertalen naar de lokale situatie.

In het volgende hoofdstuk wordt beknopt de gezondheidstoestand van de inwoners in de Kop van Noord-Holland weergegeven, met de nadruk op de hiervoor gegeven speerpunten. Een uitgebreidere beschrijving van de gezondheidstoestand is te vinden in de regionale nota *Preventie voor zorg; Lokaal gezondheidsbeleid Kop van Noord-Holland 2007 – 2011* en in de afzonderlijke rapporten van de GGD.

### 3. DE GEZONDHEIDSTOESTAND IN DE KOP VAN NOORD-HOLLAND

De GGD heeft de afgelopen jaren de nodige onderzoeken verricht om inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de bevolking. De resultaten van de reeds uitgevoerde onderzoeken, inclusief aanbevelingen, zijn uitgebreid beschreven in afzonderlijke rapporten. Hieronder volgt een beknopte samenvatting van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking in de Kop van Noord-Holland.

#### 3.1 De algemene gezondheidstoestand

##### *Ervaren gezondheid*

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

##### *Aandoeningen*

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

##### *Eenzaamheid en psychisch welbevinden*

Eenzaamheid komt voor bij 9% van de volwassen inwoners. Laag opgeleide volwassenen zijn vaker eenzaam dan hoger opgeleide volwassenen. Eén op de drie volwassenen in de Kop van Noord-Holland heeft psychische problemen. Jongvolwassenen (20-34 jaar) en vrouwen hebben vaker psychische problemen dan gemiddeld. Mensen met alleen lager onderwijs voelen zich somberder dan mensen die hoger zijn opgeleid (lagere opleiding: 16%, middelbare opleiding: 7% en hogere opleiding: 8%).

##### *Ongevallen*

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

#### 3.2 De gezondheid in relatie tot de speerpunten

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

- *Roken*

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

- *Overmatig alcoholgebruik*

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

- *Overgewicht*

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

- *Diabetes mellitus type 2*

Diabetes mellitus (suikerziekte) is een ernstige chronische ziekte die zonder passende leefstijl en goede behandeling tot vele complicaties kan leiden, waaronder hart- en vaatziekten. Het risico om diabetes type 2 te krijgen is een combinatie van leefstijl en aanleg: uit onderzoek is gebleken dat een gezondere leefstijl (gezond eten en meer bewegen) de kans op diabetes type 2 met de helft vermindert.

Het aantal mensen met diabetes type 2 stijgt behoorlijk. Op dit moment is van meer dan 600.000 Nederlanders bekend dat ze diabetes type 2 hebben (ca. 3,75% van de bevolking). Daarnaast zijn er naar schatting ca. 250.000 mensen die het nog niet weten, omdat diabetes jarenlang ongemerkt kan verlopen. Over enkele jaren zal dit aantal zijn gegroeid tot ca. 1.000.000 mensen. In de Kop van Noord-Holland ligt het diabetes percentage op 2,3% van de bevolking; 1,9% heeft diabetes type 2 (ongeveer 3150 mensen)). De Kop van Noord-Holland ligt dus *onder het landelijk gemiddelde*.

- *Psychische problemen (depressie)*

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

## 4 DOELSTELLINGEN LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID 2009 - 2011

De nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003-2006 – welke is voortgezet in 2007 en 2008 - resulteerde in tien beleidsvoornemens.

Thans moeten we vaststellen dat een aantal daarvan valt buiten de (ook indirecte) gemeentelijke verantwoordelijkheid in het kader van de collectieve preventie.

Ten aanzien van andere beleidsvoornemens moeten we vaststellen dat die inmiddels gerekend worden tot de gemeentelijke verantwoordelijkheid in het kader van de Wmo. Zij worden bij het te ontwikkelen gemeentelijke beleid dienaangaande meegewogen.

In de nota 2009 – 2011 kiezen wij voor het voeren van een collectief preventiebeleid met een concreet karakter dat gericht is op het bereiken van maatschappelijke effecten.

**Onze doelstelling voor het lokaal gezondheidsbeleid 2009 – 2011 is:**

- **het verkleinen en teniet doen van (sociaaleconomische) gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen**
- **en wel door middel van het uitvoeren van een leefstijlenbeleid.**

Met het leefstijlenbeleid trachten we het gedrag van mensen te beïnvloeden. Leefstijlen zijn van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen, bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit. Het leefstijlenbeleid wordt in hoofdstuk 5 geconcretiseerd in een aantal uitvoeringsprogramma's.

Het volksgezondheidsbeleid is algemeen beleid en heeft betrekking op alle inwoners van Den Helder. Daarnaast zijn er een aantal risicogroepen waaraan we in ons beleid extra aandacht willen besteden. Het betreft met name:

- jongeren (0 tot 19-jarigen) woonachtig in de wijken met een concentratie van mensen met een lage sociaaleconomische status;
- senioren (voornamelijk alleenstaande, zelfstandig wonenden) met een beperkt inkomen;
- mensen in de bijstand en anderen met een inkomen op of onder het niveau van het minimum inkomen;
- allochtonen die de weg (nog) niet goed kennen in ons gezondheidssysteem.

### 4.1 Het verkleinen en teniet doen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Gezondheid is ongelijk verdeeld in Nederland, dat geldt jammer genoeg ook voor Den Helder. De sociaaleconomische status heeft veel invloed op de gezondheidstoestand van mensen. Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben een vier jaar kortere levensverwachting dan mensen met een hoge sociaaleconomische status, daarnaast leven ze 12 jaar langer in ongezondheid. De sociaaleconomische status wordt bepaald aan de hand van het opleidings- en inkomensniveau. Gezondheidsverschillen zijn hardnekkig, zo blijkt bij herhaling uit onderzoeken naar de gezondheid van de Nederlandse bevolking.

Laag opgeleiden hebben vaker ongezonde lichamelijke kenmerken dan hoogopgeleiden. Laag opgeleiden hebben vaker overgewicht, vaker een te hoge bloeddruk en vaker een ongunstig cholesterolgehalte. Ernstig overgewicht komt meer dan vier keer zo vaak voor bij laagopgeleiden als bij hoogopgeleiden.

Laag opgeleiden vertonen vaker ongezond gedrag dan hoogopgeleiden. Dit geldt voor vrijwel alle leefstijlfactoren. Laag opgeleiden roken meer, gebruiken vaker overmatig alcohol en zijn minder vaak lichamelijk actief.

De minder goede gezondheid van mensen met een lage sociaal economische positie komt voor een deel door het verhoogd optreden van gezondheidsrisico's. Ze hebben een minder gezonde leefstijl: ze roken en drinken meer, eten minder groenten en fruit en bewegen minder.

Ook zijn materiële omstandigheden (woon en werkomstandigheden) van lager opgeleiden vaak minder gunstig voor de gezondheid. Leefstijl en materiële omstandigheden hebben zowel zelfstandig als in combinatie een effect op de gezondheidsverschillen. Een slechtere gezondheidstoestand kan er ook toe leiden dat iemand tot een lagere sociaal economische groep behoort. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat men door gezondheidsproblemen niet kan deelnemen aan het arbeidsproces en dat ook de mogelijkheden tot maatschappelijke participatie zeer beperkt kunnen zijn.

Sociaaleconomische status is deels verweven met etniciteit. Een lage sociaaleconomische status komt bij allochtonen relatief vaker voor dan bij autochtonen. Door de verwevenheid van etniciteit met sociaaleconomische status is het aannemelijk dat inspanningen om gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen te verkleinen ook een bijdrage zullen leveren aan het verkleinen van de sociaaleconomische verschillen in gezondheid.

Uit bovenstaande blijkt dat het verkleinen van gezondheidsverschillen niet uitsluitend te realiseren is door het voeren van gezondheids- en leefstijlbeleid. Aan de wisselwerking tussen sociaal economische status en gezondheid dragen ook andere beleidssectoren hun steentje bij. Ook op andere beleidsterreinen worden maatregelen uitgevoerd die bijdragen aan het verkleinen en teniet doen van (sociaaleconomische) gezondheidsverschillen en de preventie voor het ontstaan ervan.

## **4.2. Leefstijlen**

In de voorgaande hoofdstukken is al ingegaan op het begrip leefstijl, en met name de leefstijlen die die een slechte invloed hebben op de gezondheid: *roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht*. Er is een sterke relatie tussen leefstijl en gezondheid. Immers wat en hoeveel je eet en drinkt, de mate waarin je je bloot stelt aan gezondheidsrisico's door roken, alcoholgebruik of drugsgebruik, of je door voldoende beweging je lichamelijke conditie op peil houdt, enz. heeft op korte en langere termijn invloed op de gezondheid en de gezondheidsbeleving.

Tevens is er een duidelijke relatie tussen sociaaleconomische status/positie en leefstijl. Die relatie is in belangrijke mate de verklaring voor het zich voordoen van de (sociaaleconomische)

gezondheidsverschillen. Ruwweg kan worden gezegd dat hoe lager mensen op de sociaaleconomische ladder staan, desto groter de kans dat sprake is van een ongezonde leefstijl en desto groter het risico voor betrokkenen op één of meer van de volgende belangrijke volksgezondheidsproblemen: psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, kanker, ziekten van het bewegingsapparaat, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes.

In de concrete uitvoeringsprogramma's die voortvloeien uit de eerder genoemde speerpunten zullen wij met name inzetten op doelgroepen met een lagere sociaal economische status. Leefstijlbeleid is een zaak van lange adem. Het is gericht op gezondheidsbevordering en daarmee op gedragsverandering van mensen. Gedrag is beïnvloedbaar. Het wordt aangeleerd en kan, als het negatieve effecten heeft, worden afgeleerd. Om dat te bewerkstelligen is het toepassen van kleine concrete stappen in lange termijnstrategieën noodzakelijk.

### **4.3 Speerpunten**

Wij volgen in ons beleid de prioriteiten die de rijksoverheid heeft gesteld in de preventienota *Kiezen voor gezond leven*. Op alle vijf genoemde speerpunten zullen in deze beleidsperiode acties worden ondernomen. Voor een deel is dat bestaand beleid en voor een deel ook een intensivering van het huidige beleid.

Aan de vijf speerpunten voegen we nog een zesde toe, nl. *veilig vrijen*. De resultaten van het E-MOVO-onderzoek van de GGD onder jongeren geven aanleiding tot bezorgdheid waar het gaat om seksualiteit, seksueel gedrag en de gevolgen ervan.

Uit dat onderzoek komt naar voren dat ca. 50% van de jongeren die geslachtsgemeenschap hebben of hebben gehad wel eens zonder condoom vrijen. Daarmee lopen zij een verhoogd risico op urineweginfectie, een HIV-besmetting of een andere seksueel overdraagbare aandoening (soa). Als er bovendien geen anticonceptie wordt gebruikt is er kans op een ongewenste zwangerschap. Uit landelijke onderzoeken is recent gebleken dat de soa's onder jongeren zijn toegenomen, evenals het aantal tienerzwangerschappen en abortussen onder jonge vrouwen.

### **4.4 Effecten van het beleid**

Wij willen de effecten van ons gezondheidsbeleid toetsen bij de burger. Voor een deel kan dit via de bestaande kanalen als het Cliëntenplatform WMO en patiënten- en cliëntenorganisaties. Zonodig zullen wij aanvullend onderzoek laten verrichten naar de effecten van het beleid.

### **4.5 Interculturele samenleving**

In Den Helder wonen burgers met ca. 110 nationaliteiten. In principe kan iedere burger gebruik maken van de voorliggende voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg ongeacht zijn etnische herkomst. In de praktijk blijkt de toegang tot de voorzieningen voor sommige burgers erg hoog; dit heeft voor een deel te maken met culturele verschillen. Ook is de aandacht binnen de gezondheidszorg nog vaak teveel gericht op de autochtone Nederlander en slaagt men er niet altijd in de problemen van mensen uit andere culturen goed voor het voetlicht te krijgen en

adekwate hulp te kunnen bieden. Waar nodig zal daarom specifieke aandacht worden geschonken aan het gezondheidsbeleid van allochtone burgers in Den Helder.

Samengevat richten wij ons de komende vier jaren op de volgende speerpunten:

## **Speerpunten**

### **Continuering bestaand beleid:**

- **Roken;**
- **Overgewicht (bewegen en voeding);**
- **Diabetes;**

### **Extra inzet in de periode 2009 - 2011:**

- **Actieprogramma Jeugd en alcohol;**
- **Actieprogramma Psychische problemen.**
- **Actieprogramma Veilig vrijen**

### **Aandachtspunten:**

- **toetsing van de effecten van het gezondheidsbeleid bij de burger**
- **aandacht voor specifieke problemen van allochtone bevolkingsgroepen.**

Deze prioriteitstelling zal vooral naar voren komen in een grotere inzet van menskracht, activiteiten en middelen voor deze speerpunten, die door de uitvoeringsorganisaties zijn vertaald in concrete uitvoeringsprogramma's.

Aan het einde van de looptijd van deze nota kan, gezien het concrete karakter van het beleid en de voor dat doel in te zetten instrumenten, worden vastgesteld of en in welke mate wij onze beleidsdoelen hebben gehaald.

## 5. DE 6 SPEERPUNTEN VAN HET BELEID

### 5.1 Roken

Het huidige beleid wordt zoveel mogelijk gecontinueerd, daarnaast wordt aangehaakt bij landelijke campagnes of, waar mogelijk, aangehaakt bij het speerpunt alcoholmatiging.

<b>Overzicht reguliere activiteiten jeugd en roken</b>
<b>Onderzoek door de GGD</b>
Er vindt in 2009 een onderzoek plaats door de GGD naar roken onder jongeren in de 2 <sup>e</sup> en 4 <sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs.
Themabijeenkomsten door verschillende organisaties o.a. GGD, Brijder en politie over roken, alcohol en drugs in diverse gemeenten.
<b>Setting sportclub/jongerenwerk</b>
Uitvoering van het project "Sport safe". Sportclubs worden gestimuleerd aandacht te besteden aan gezond en veilig sporten. Het opzetten van Smoke free teams is een onderdeel van het project waarbij extra aandacht wordt besteed aan niet-roken. Uitvoering door Sportservice in diverse gemeenten.
<b>Setting basisonderwijs</b>
Verzorgen van ouderavonden genotmiddelen voor ouders/verzorgers van leerlingen in groep 7 en 8 door verschillende organisaties.
Uitlenen van lesmateriaal "de gezonde school en genotmiddelen" voor het basisonderwijs door de GGD.
<b>Setting voortgezet onderwijs</b>
Uitvoering van het programma "de gezonde school en genotmiddelen" op de scholen voor voortgezet onderwijs in de regio.
De jeugdverpleegkundige van de GGD vraagt alle kinderen en ouders tijdens het PGO in de tweede klas van het voortgezet onderwijs naar hun gedrag rond onder andere alcoholgebruik en geeft voorlichting.
Ondersteuning door de GGD van Actie tegengif, de klassikale niet-roken actie voor de 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs.

Bovengenoemde activiteiten worden uitgevoerd binnen de reguliere financiering van de GGD.



## 5.2. Overgewicht

Het huidige beleid wordt zoveel mogelijk gecontinueerd.

Er wordt specifieke aandacht besteed aan overgewicht bij de onderzoeken door de jeugdgezondheidszorg onder 0-19 jarigen.

Door de rijksoverheid worden maatregelen ontwikkeld om overgewicht tegen te gaan en beweging te bevorderen, zoals bijvoorbeeld de impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB). Een ander voorbeeld is de nota *Alliantie School & Sport*, waarin de ministeries van OCW en VWS i.s.m. NOC-NSF streven naar 5 beweegmomenten op de basisschool in 2010. Waar mogelijk zullen wij gebruik maken van deze maatregelen.

Overzicht reguliere activiteiten overgewicht
<b>Onderzoek door de GGD</b>
In 2009 vindt een onderzoek plaats door de GGD naar onder andere voeding en beweging onder jongeren in de 2 <sup>e</sup> en 4 <sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs.
<b>Setting voortgezet onderwijs</b>
Uivoeren van het project Real fit door Sportservice in samenwerking met diëtisten van de Omring op scholen voor VO.
Uitvoering van het project de gezonde schoolkantine door de GGD op scholen voor VO.
<b>Setting basisonderwijs</b>
Uitvoeren van Sport extra plus op basisscholen in Den Helder door Sportservice in samenwerking met diëtisten van de Omring en GGD.
Ouderavonden over voeding door diëtisten van de thuiszorg op verschillende basisscholen in de regio.
Uitlenen van lesmateriaal over voeding en beweging door de GGD voor de basisschool door verschillende scholen in alle gemeenten.
<b>Setting wijk</b>
Uitvoeren van activiteiten voor bewegings- en sportstimulering in alle gemeenten door Sportservice zowel op scholen als buiten school in buurten.
Uitvoeren van sportstimuleringsprogramma 55+ door Sportservice in samenwerking met stichting De Wering.

Bovengenoemde activiteiten worden uitgevoerd binnen de reguliere financiering van de GGD. Met Sportservice heeft de gemeente een meerjarig contract afgesloten voor de uitvoering van haar activiteiten en stelt daar subsidie voor beschikbaar mede door gebruikmaking van de BOS-impuls.

De specifieke doelgroep jongeren op het Projectencentrum ROC, deelnemers van Herstelling en andere projecten wordt niet meer via het onderwijs bereikt. In overleg met de GGD zal deze doelgroep bij het opstellen van de uitwerkingsprogramma's t.a.v. de speerpunten worden betrokken.

### 5.3 Diabetes

Het risico om diabetes type 2 te krijgen is een combinatie van leefstijl en aanleg. Door een leefstijl aan te leren van gezonder eten, bewegen en afvallen is de kans op diabetes type 2 in belangrijke mate te verminderen. Naast voorlichtingsactiviteiten en voedingsadviezen zijn ook sport- en bewegingsactiviteiten daarom van groot belang.

De Diabetesvereniging Nederland, afdeling Den Helder e.o. en het Geminiziekenhuis organiseren voorlichtingsbijeenkomsten over diabetes. Sportservice organiseert i.s.m. de Diabetesvereniging Nederland, afdeling Den Helder e.o. beweegmomenten voor mensen met diabetes gedurende 3 dagdelen per week (Fit-training, Nordic Walking en Aquajoggen). In de komende periode zullen de huidige en gewenste activiteiten door de GGD (beter) in beeld worden gebracht en wordt de afstemming en samenwerking tussen partijen gestimuleerd. De activiteiten worden uitgevoerd binnen de reguliere financiering.

### 5.4 Jeugd en alcohol

De algemene doelstelling van het uitvoeringsprogramma jeugd en alcohol is om alcoholgebruik onder jongeren te verminderen, waardoor de negatieve effecten van alcoholgebruik worden tegengegaan. Dit houdt in dat er in settings waar jongeren regelmatig zijn (thuis, school, sportvereniging, uitgaansgelegenheden) activiteiten plaatsvinden. Hierbij worden zowel jongeren als volwassenen (onder andere ouders, docenten, sportkantinemedewerkers, barmedewerkers, politieagenten, beleidsmedewerkers, wethouders/bestuurders) aangesproken op hun verantwoordelijkheid. Om dat te bereiken werken verschillende organisaties samen zoals GGD en Brijder bij de uitvoering van het plan.

Omdat het alcoholgebruik onder de jeugd van 12-19 jaar in alle gemeenten in de Kop van Noord-Holland aanzienlijk hoger is dan het landelijk gemiddelde is door de GGD in samenwerking met andere partners een actieplan ontwikkeld om – in aanvulling op het bestaande programma - extra in te zetten op dit thema.

<b>Overzicht reguliere activiteiten jeugd en alcohol</b>
<b>Onderzoek door de GGD</b>
Er vindt in 2009 een onderzoek plaats naar het alcoholgebruik onder jongeren in de 2 <sup>e</sup> en 4 <sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs.
<b>Setting basisonderwijs</b>
Verzorgen van ouderavonden genotmiddelen voor ouders/verzorgers van leerlingen in groep 7 en 8 door verschillende organisaties.
Uitlenen van lesmateriaal “de gezonde school en genotmiddelen” voor het basisonderwijs door de GGD.
<b>Setting voortgezet onderwijs</b>

Uitvoering van het programma “de gezonde school en genotmiddelen” op de scholen voor voortgezet onderwijs in de regio.
De jeugdverpleegkundige van de GGD vraagt alle kinderen en ouders tijdens het PGO in de tweede klas van het voortgezet onderwijs naar hun gedrag rond onder andere alcoholgebruik en geeft voorlichting.
<b>Setting sportclub/jongerenwerk</b>
Uitvoering van het project “sport safe”. Sportclubs worden gestimuleerd aandacht te besteden aan gezond en veilig sporten. En er is aandacht voor alcoholgebruik tijdens en na het sporten en hygiëne in de sportkantine.
Instructie Verantwoord Alcoholgebruik: training voor niet commerciële horeca zoals jongerenwerk/sportkantines Brijder Verslavingszorg i.s.m. Sportservice. In verschillende gemeenten
<b>Setting festivals/evenementen/horeca</b>
Voorlichting door jongeren aan jongeren drugsinfoteam. Peerproject door Brijder Verslavingszorg in de gemeenten Schagen, Den Helder en Niedorp.
Uitvoeren analyse in het uitgaanscircuit en activiteiten op maat afhankelijk van het aantal uren en de grootte van de gemeenten.

Door de GGD is begin 2008 een expertmeeting belegd over dit onderwerp, gevolgd door een regionale bijeenkomst voor de bestuurders en ambtenaren volksgezondheid voor de gemeenten in de Kop van Noord-Holland in november 2008. Tijdens deze bijeenkomst is afgesproken om in navolging van een project in West-Friesland gezamenlijk in te zetten op een gecombineerde aanpak van preventieve maatregelen en afspraken met de horeca over sluitingstijden e.d.

De extra inzet betreft:

- Ontwikkeling/uitvoering schoolgezondheidsbeleid.
- Uitvoeren van het project ‘Alcohol, een ander verhaal’ voor groep 7 en 8 van de basisschool (GGD/Brijder).
- Effectevaluatie.
- Uitvoering van het project ‘Vroegtijdige Interventie op Scholen’ (VIS-project). Brijder Verslavingszorg is wekelijks vier uur op de school aanwezig met: advies en consultatie aan jongeren, ouders en docenten; deskundigheidsbevordering en ouderavonden. Het project wordt uitgevoerd op alle VMBO-scholen in de regio.
- Extra inzet van het Drugsinfoteam op festivals, evenementen en de horeca (Brijder).

In onderstaand schema is aangegeven wat de kosten zijn om de extra inzet op het regionale actieprogramma jeugd en alcohol te kunnen uitvoeren. De kosten komen voor rekening van de gemeenten naar rato van het aantal jongeren van 12 – 18 jaar.

Extra activiteiten GGD t.b.v. project jeugd en alcohol	Kosten 2009	Kosten 2010	Kosten 2011
Coördinatie	PM	PM	PM
Expertmeeting + vervolgbijeenkomst	753	783	814
Ontwikkeling schoolgezondheidsbeleid	PM	PM	PM
Alcohol, een ander verhaal	1.506	1.566	1.628
Effectevaluatie			PM
<b>Totaal per jaar GGD</b>	<b>2.259</b>	<b>2.349</b>	<b>2.442</b>
<b>Extra activiteiten Brijder</b>			
VIS-project	44.800	46.400	48.000
Inzet Drugs Infoteam	10.500	10.875	11.250
Training en ouderavonden Alcohol een ander	3.450	3.450	3.450

verhaal			
<b>Totaal per jaar Brijder</b>	<b>58.750</b>	<b>60.725</b>	<b>62.700</b>
<b>Totaal</b>	<b>61.009</b>	<b>63.074</b>	<b>65.142</b>

Kosten per gemeente:

<b>Gemeente</b>	<b>Kosten 2009</b>	<b>Kosten 2010</b>	<b>Kosten 2011</b>
Anna Paulowna	6.101	6.307	6.514
Harenkarspel	6.101	6.307	6.514
Den Helder	21.353	22.076	22.800
Niedorp	5.491	5.677	5.863
Schagen	7.321	7.569	7.817
Texel	610	631	651
Wieringen	3.661	3.784	3.909
Wieringermeer	5.491	5.677	5.863
Zijpe	4.881	5.046	5.211
Totaal	61.010	63.074	65.142

#### *Facetbeleid in aanvulling op actieprogramma*

Naast het voorlichtingsaspect in het kader van het lokaal gezondheidsbeleid beschikt de gemeente ook over andere instrumenten om het alcohol gebruik onder jongeren terug te dringen, met name op het gebied van handhaving en regelgeving.

Met de deelname aan de pilot Toezicht drank- en horecawet wil de gemeente bijdragen aan een betere en meer efficiënte wijze van toezicht en handhaving van de drank- en horecawet (naleving leeftijds grenzen, schenken van alcohol aan personen die al in kennelijke staat verkeren, toezicht op niet schenken van alcohol in coffeeshops enz.).

In de onlangs vastgestelde Algemene Subsidieverordening Den Helder 2008 is in artikel 2:7 opgenomen dat het college nadere regels vaststelt om de verstrekking van alcoholhoudende consumpties te ontmoedigen en het voorkomen dan wel ontmoedigen van het nuttigen van alcohol in aanwezigheid van kinderen (bv. in sportkantines).

## **5.5 Psychische problemen**

Uit onderzoek is gebleken dat psychische problemen in de Kop van Noord-Holland relatief vaker voorkomen dan landelijk. Om die reden wordt ook op dit speerpunt een extra inzet voorgesteld. Om de problemen meer gericht aan te pakken, worden de huidige preventieve activiteiten (zie onderstaande tabel) uitgebreid en/of geïntensiveerd.

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

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

- het vergroten van het inzicht in de problematiek en in het bereik en de effectiviteit van interventies.

De activiteiten zijn gericht op:

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

Op het terrein van de psychische gezondheid zijn met name de GGZ-instellingen actief. De financiering van de GGZ is met ingang van 2007 veranderd: algemene preventieactiviteiten zijn onderdeel van de Wmo geworden, terwijl de geïndiceerde zorg AWBZ-gefinancierd is. Dit proces is overigens nog niet afgerond; het beleid is nog in beweging en aan verandering onderhevig.

De huidige activiteiten staan vermeld in onderstaand schema.

Overzicht reguliere activiteiten psychische gezondheid
<b>Jeugd</b>
Cursus Opvoedingsondersteuning (samen met Triversum)
KOPP-cursussen voor kinderen van ouders met psychische problemen; KOPP voorlichtingsbijeenkomsten.
Alle bewegingsconsulenten van Sportservice zijn geschoold in het programma Rots & Water (gericht op weerheid); elementen van dit programma worden ingepast in de lessen bewegingsonderwijs.
De Regenboogschool (speciaal basisonderwijs) organiseert weerbaarheidstrainingen.
<b>Volwassenen</b>
Project Lekker in je vel (GGD en GGZ)
Groeps- en individuele trainingen GGZ op het gebied van omgaan met depressiviteit, angstgevoelens en werkstress.
Ondersteuning voor mantelzorgers van mensen met psychische problemen (familievertrouwenspersonen)
Voorlichtingsbijeenkomsten over psychische problemen
Maatjesproject
<b>Ouderen</b>
GGD:
Ontwikkeling project preventie van psychische problemen bij mensen met een lage sociaal economische status i.s.m. de GGZ.
Andere organisaties:
Gespreksgroepen, rouwverwerkinggroepen door diverse organisaties

Bovenstaande activiteiten worden gefinancierd uit de reguliere middelen van de GGD en de GGZ-instellingen en uit de Wmo-middelen.

De extra inzet betreft:

- Publieksinformatie GGD
- Evaluatie
- Community based interventie gericht op volwassenen/ouderen

- Zomercursus ‘Plezier op school’ kinderen die de overstap maken van de basisschool naar brugklas (gericht op het voorkomen van pestgedrag)
- Extra voorlichtingsbijeenkomsten GGZ
- Cursus ‘Bewegen zonder zorgen’
- Extra KOPP-cursus GGZ

In onderstaand schema is aangegeven wat de kosten zijn om de extra inzet op het regionale actieprogramma psychische problemen te kunnen uitvoeren. De kosten komen voor rekening van de gemeenten naar rato van het aantal inwoners.

Activiteiten tbv project psychische gezondheid	2009	2010	2011
<b>Kosten extra activiteiten GGD</b>			
Coördinatie	PM	PM	PM
Publieksinformatie	1.807	1.880	1.995
Evaluatie	PM	PM	PM
Communitys based interventie	PM	PM	PM
Zomercursus Plezier op school.	550	550	550
<b>Totaal per jaar GGD</b>	<b>2.357</b>	<b>2.430</b>	<b>2.505</b>
<b>Kosten extra activiteiten GGZ-instellingen</b>			
Voorlichtingsbijeenkomsten GGZ	3.575	3.575	3.575
Cursus Bewegen zonder zorgen.	5.000	5.000	5.000
KOPP-cursus	4.000	4.000	4.000
Communitys based interventie	PM	PM	PM
<b>Totaal per jaar derden</b>	<b>12.575</b>	<b>12.575</b>	<b>12.575</b>
<b>Totaal</b>	<b>14.932</b>	<b>15.005</b>	<b>15.080</b>

Kostenverdeling per gemeente:

Aantal inwoners gemeente	2009	2010	2011
Anna Paulowna	1.195	1.200	1.206
Harenkarspel	1.344	1.350	1.357
Den Helder	5.376	5.402	5.429
Niedorp	1.045	1.050	1.056
Schagen	1.643	1.651	1.659
Texel	1.195	1.200	1.206
Wieringen	896	900	905
Wieringermeer	1.195	1.200	1.206
Zijpe	1.045	1.050	1.056
<b>Totaal</b>	<b>14.934</b>	<b>15.003</b>	<b>15.080</b>

## 5.6 Veilig vrijen

In paragraaf 4.3 hebben wij aangegeven waarom wij ten aanzien van de seksualiteit en seksueel gedrag van jeugd en jongeren gedurende de looptijd van deze nota een specifiek preventieprogramma willen laten uitvoeren. Om soa's en ongewenste zwangerschap te voorkomen en bestrijden stellen wij bij de preventie het stimuleren van veilig vrijen centraal.

Wij willen hierbij in het bijzonder aandacht besteden aan het voorkomen van tienerzwangerschappen. Het gaat vaak om (autochtone) meisjes uit kwetsbare groepen die zwanger worden. De oorzaken zijn gebrekkige kennis van gebruik van voorbehoedsmiddelen, ontbreken van mogelijkheden om zich weerbaar op te stellen en geringe steun vanuit de omgeving.

Daarnaast wordt landelijk in de Antilliaanse en Arubaanse gemeenschap in Nederland een verhoogd aantal tienerzwangerschappen, abortussen, seksueel overdraagbare aandoeningen, (soa) en aids-diagnoses waargenomen. De oorzaak hiervoor is inconsistent gebruik van voorbehoedsmiddelen. Specifieke aandacht voor deze groep is echter gewenst, met name ook richting de Antilliaanse jongens.

Om het belang van een goede begeleiding van tienermoeders te onderstrepen – met name ook gericht op het voor ogen houden van hun eigen toekomstperspectief – heeft het college begin 2008 besloten dat de wethouder jeugdbeleid in gezelschap van een jeugdverpleegkundige bij de tienermoeder op kraambezoek gaat. De wethouder overhandigt tijdens dat bezoek een kleine attentie en een “geboortekoffer” met informatiemateriaal.

Een andere problematiek in dit verband is die van de loverboys. Het programma “veilig vrijen” is er ook op gericht om meisjes te informeren en weerbaarder te maken tegen deze jongens.

Bestrijding en voorkoming van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) vallen al onder de wettelijke taken van de gemeente in het kader van de Wcpv/Wet publieke gezondheid. Om de problemen meer gericht aan te pakken, worden de huidige preventieve activiteiten uitgebreid en geïntensiveerd middels een uitvoeringsprogramma.

De algemene doelstelling van het uitvoeringsprogramma is het voorkomen van tienerzwangerschappen, door het bevorderen van het goed gebruiken van voorbehoedsmiddelen zoals pil en condoom en daarnaast het veranderen van de houding wat betreft relaties en seksualiteit. Het streven is het aantal zwangerschappen bij meisjes < 20 jaar in 2011 te verminderen van het huidige aantal van gemiddeld 18 over de afgelopen 5 jaar tot maximaal 10 per jaar.

<b>Overzicht reguliere preventie activiteiten seksualiteit</b>
<b>Onderzoek door de GGD</b>
Er vindt in 2009 een onderzoek plaats naar gedrag rond relaties en seksualiteit onder jongeren in de 2 <sup>e</sup> en 4 <sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs.
<b>Setting basisonderwijs</b>
Uitlenen van lesmateriaal “seksualiteit” voor het basisonderwijs door de GGD.
<b>Setting voortgezet onderwijs</b>
Uitvoering van het programma “lang leve de liefde” op de scholen voor voortgezet onderwijs in de regio.
De jeugdverpleegkundige van de GGD vraagt alle kinderen en ouders tijdens het PGO in de tweede klas van het voortgezet onderwijs naar hun gedrag rond onder andere seksualiteit en veilig vrijen en geeft voorlichting.

Voorlichting in het kader van “wereldaidsdag” op het Zwet aan leerlingen van de derde klas.
Bijdrage aan ouderavonden over seksualiteit en veilig vrijen
<b>Setting festivals/evenementen</b>
Voorlichting aan jongeren en uitdelen van condooms
<b>Setting jongerencentra</b>
Voorlichting aan jongeren op verzoek

Doelgroepen zijn

- Jongeren tot 18 jaar, zowel jongens als meisjes
- Ouders
- Intermediairen als jeugd- en jongerenwerkers en docenten

### **Activiteiten en producten**

Om de doelstellingen te realiseren vinden een aantal activiteiten plaats:

1. ‘Lang leve de liefde’ voor het speciaal voortgezet onderwijs.  
Het project bestaat uit leerlingboekjes, een docentenhandleiding, posters en een DVD. In een aantal lessen worden alle aspecten rond omgaan met seksualiteit, relaties en veilig vrijen behandeld. Doel is vergroten van de weerbaarheid en leren nee zeggen.
2. Voorlichtingsbijeenkomst op school  
De GGD verzorgt één dag per jaar op een school voor speciaal voortgezet onderwijs voorlichting door middel van een stand waarbij voorlichting wordt gegeven door verpleegkundigen.
3. Activiteiten voor Antilliaanse jongeren: in samenwerking met de Antilliaanse doelgroep worden activiteiten opgezet voor jongeren. De aftrap vindt plaats door middel van een optreden van de “safe sex company” uit Amsterdam.
4. Opzetten van een netwerk met Jongerenwerkers en met Antilliaanse vertegenwoordigers  
Via een netwerk kunnen activiteiten rond onderwerpen zoals seksualiteit en veilig vrijen worden opgezet en uitgevoerd.
5. Scholing van jongerenwerkers

Jaarlijks wordt de voortgang geëvalueerd, knelpunten onderkend, en waar nodig bijgestuurd. In 2011 worden de resultaten geëvalueerd.

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



<b>Project preventie tienerzwangerschappen Kosten extra activiteiten GGD</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
De GGD is verantwoordelijk voor de coördinatie en de uitvoering. Kosten zijn per jaar			
Coördinatie gezondheidsbevordering	€ 1.600	Nog nader in te vullen	Nog nader in te vullen
1. invoeren van lang leve de liefde voor speciaal voortgezet onderwijs	€ 1.050		
2. voorlichtingsbijeenkomst op 2 scholen voor speciaal voortgezet onderwijs	€ 4.500		
3. opzetten van activiteiten voor Antilliaanse jongeren	€ 1.550		
4. opzetten van een netwerk met jongerenwerkers en met Antilliaanse vertegenwoordigers	Reguliere kosten		
5. scholing/bijstelling jongerenwerkers	€ 750		
<b>Kosten totale project per jaar GGD</b>	<b>€ 9.450</b>	<b>€ 9.752</b>	<b>€ 10.064</b>

De extra kosten komen geheel voor rekening van de gemeente Den Helder.

## 6. FINANCIËN.

De gemeente ontvangt van het rijk een bijdrage uit het Gemeentefonds ten behoeve van de uitvoering van de wettelijke taken in het kader van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Hieruit wordt jaarlijks een bedrag per inwoner uitgekeerd aan de GGD voor de uitvoering van deze taken. Hieruit worden de in de nota genoemde reguliere werkzaamheden bekostigd.

Voor drie speerpunten (schadelijk alcoholgebruik, psychische problemen en veilig vrijen) wordt een extra inzet gevraagd van de gezamenlijke gemeenten. Voor Den Helder betreft dit een totaalbedrag van € 36.179 in 2009 oplopend tot € 8.293 in 2011.

<b>Activiteit</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Jeugd en alcohol	21.353	22.076	22.800
Veilig vrijen	9.450	9.752	10.064
Psychische problemen	5.376	5.402	5.429
<b>Totaal</b>	<b>36.179</b>	<b>37.230</b>	<b>38.293</b>
<b>Dekking</b>	<b>Eenmalige WMO-bijdrage</b>	<b>Beleidsintensivering Kadernota</b>	<b>Beleidsintensivering Kadernota</b>

In de concept-Kadernota 2010 – 2013 is de uitvoering van de nota Lokaal volksgezondheidsbeleid als intensivering voor de jaren 2010 tot en met 2012 opgenomen. Hiervoor is een bedrag opgenomen van € 62.812 (2010), € 63.863 (2011) en € 64.926 (2012). Deze bedragen zijn inclusief een bedrag van ca. € 2.000 per jaar ten behoeve van de uitvoering van het hierboven genoemde preventieprogramma “Helder in de Kop”.

Om nog in 2009 te kunnen starten wordt voor 2009 eenmalig een bedrag van € 36.179 ten laste gebracht van de onderbesteding WMO 2009.

## 7. COMMUNICATIE EN TIJDPAD

Deze nota is tot stand gekomen in overleg met overige acht gemeenten en de Kop van Noord-Holland. Het grootste deel van de voorgestelde activiteiten wordt in regioverband uitgevoerd.

De concept-nota wordt ter advisering voorgelegd aan het Platform WMO. Ook wordt de concept-nota gepubliceerd op de gemeentelijke website met de mogelijkheid hierop te reageren.

Tijdpad:

26 mei 2009	Verzenden concept-nota naar WMO Platform
2 juni 2009	Vaststelling concept-nota door B&W + plaatsing op de gemeentelijke website
< 16 juni 2009	Reactietermijn
22 juni 2009	Advisering commissie MO
1 juli 2009	Vaststelling door de raad

## **BIJLAGE 1    ACTIEPLANNEN**

- JEUGD EN ALCOHOL**
- PSYCHISCHE PROBLEMEN**
- VEILIG VRIJEN**

## 1. Actieplan Jeugd en alcohol

<b>Doelstelling</b>							
De tendens, dat kinderen op steeds jongere leeftijd, steeds vaker en steeds meer alcohol per keer drinken, stoppen.							
Subsdoelstellingen:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het aantal basisschoolleerlingen dat de laatste 4 weken alcohol heeft gedronken, neemt af tot 44%, het niveau van 1992 volgens het peilstation (meting via onderzoek peilstation of eigen onderzoek).</li> <li>- Het aantal middelbare scholieren dat de afgelopen 4 weken bij één gelegenheid 5 of meer alcoholische drankjes heeft gedronken, is minder dan 8,9% (meting E-MOVO).</li> <li>- de gemiddelde leeftijd waarop ouders het normaal vinden dat kinderen alcohol drinken is verhoogd t.o.v. 2007 (onderzoek GGD 0-12 jaar).</li> <li>- in elke gemeente voeren alle scholen voor basis- en voortgezet onderwijs jaarlijks één van de projecten uit die worden aangeboden ter bevordering van alcoholmatiging: totaal zijn er 100 basisscholen en 11 scholen voor voortgezet onderwijs. het gaat om alle projecten die door de organisaties in de regio worden aangeboden.</li> <li>- in elke gemeente neemt jaarlijks 5% van de personeelsleden uit de horeca deel aan een cursus rondom signaleren en omgaan met riskant alcohol- en drugsgebruik.</li> <li>- in elke gemeente neemt jaarlijks 5% van de medewerkers van de niet-commerciële horeca deel aan een Instructie voor Verantwoord Alcoholgebruik.</li> </ul>							
Nr	Doelgroepen, partners, stakeholders	Activiteiten	Verantwoordelijk en /uitvoerenden	Coördinator	Middelen en budget	Planning	Evaluatie
1	Gemeenten	Effectevaluatie Rapportages tussentijds aan portefeuillehouders Eindrapportage	GGD/Brijder	GGD	Regulier	2011	Effectevaluatie en Eindrapportage Afstemming met Brijder over tussentijds verslag
2	Docenten/Leerlingen basisonderwijs	Ontwikkelen van schoolgezondheidsbeleid	GGD	GGD	Regulier	2008-2011	Jaarlijks verslag van activiteiten
		Project alcohol, 'n ander verhaal	GGD/Brijder	GGD	Additioneel (zie 4.4)	2009-2011	
3	Docenten/Leerlingen voortgezet onderwijs	Ontwikkelen van schoolgezondheidsbeleid	GGD	GGD	Regulier	2008 e.v.	Jaarlijks evaluatie Brijder
		Vroegtijdige Interventie op Scholen	Brijder	Brijder	Additioneel (zie 4.4)	2009-2011	
		Project onder invloed onderweg	GGD	GGD	Idem	2009	
		Project alcohol digitaal	Brijder	Brijder	idem	2009-2011	
4	Gemeenten, ketenpartners	Expertmeeting+vervolg	GGD/organisaties	GGD	Additioneel (zie 4.4)	voorjaar 2009	

5	Horeca	Instructie voor signaleren van en omgaan met riskant alcohol- en drugsgebruik	Brijder	Brijder	Regulier	2008-2011	Jaarlijks evaluatie Brijder
6	Niet-commerciële horeca	Instructie voor Verantwoord Alcoholgebruik	Brijder	Brijder	Additioneel (zie 4.4)	2009-2011	Jaarlijks evaluatie Brijder
7	ouders	Project alcohol en opvoeding Vroegtijdige Interventie Scholen	GGD/Brijder Brijder	GGD Brijder	regulier Additioneel (zie 4.4)	2008 e.v. 2009-2011	Opname in eindverslag Jaarlijks evaluatie Brijder
8	Jongeren	Inzet van het drugsinfoteam op festivals, evenementen en de horeca	Brijder	Brijder	Additioneel (zie 4.4)	2009-2011	Jaarlijks evaluatie Brijder

## 2. Actieplan psychische problemen

<b>Doelstelling</b>							
De algemene doelstelling van het uitvoeringsplan is het verbeteren van de psychische gezondheid en het terugdringen van psychische ongezondheid.							
Subdoelstellingen:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- het vergroten van het bereik van preventieve interventies gericht op het verbeteren van de psychische gezondheid</li> <li>- het verbeteren en versterken van de preventiestructuur</li> <li>- vroegsignalering van risicogroepen vergroten</li> <li>- taboedoorbreking, d.m.v. publieksinformatie</li> <li>- het vergroten van het inzicht in de problematiek en in het bereik en de effectiviteit van interventies</li> </ul>							
Nr	Doelgroepen, partners, stakeholders	Activiteiten	Verantwoordelijken /uitvoerenden	Coördinator	Middelen en budget	Planning	Evaluatie
1	Gemeenten	Effectevaluatie Rapportages tussentijds aan portefeuillehouders Eindrapportage	GGD/GGZ	GGD	Regulier	2008 e.v.	nvt
2	Gemeenten, ketenpartners	Expertmeeting	GGD/GGZ	GGD	Regulier	Jaarlijks	
3	Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP-kinderen)	Vroegsignalering  KOPP-cursus	GGZ/GGD  GGZ	GGD JGZ GGZ NHN	Additioneel (zie 4.5)	Jan 2009- dec 2011  2009	Wordt verder uitgewerkt in evaluatievoorstel
4	Volwassen en ouderen met risico op/of beginnende depressie of angststoornis (met name vrouwen met lage ses en overgewicht)	Bewegen zonder zorgen	GGD	GGD	Additioneel (zie 4.5)	2008- 2010	In evaluatievoorstel
5	Algemeen publiek	Publieksinformatie	GGD/GGZ	GGD	Additioneel (zie 4.5)	2008- 2010	In evaluatievoorstel uitgewerkt

### 3. Actieplan veilig vrijen

<b>Doelstelling</b>							
De algehele doelstelling van het project is voorkomen van tienerzwangerschappen.							
Subsdoelstellingen:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Twee keer per jaar wordt er structureel voorlichting gegeven en/of aandacht besteed aan het onderwerp in de vier tienerhuiskamers jeugd- en jongerencentra in Den Helder</li> <li>- De verschillende Antilliaanse sleutelfiguren zijn op de hoogte van de activiteiten en onderschrijven deze. De sleutelfiguren hebben zitting in het Antilliaans beraad en vertegenwoordigen verschillende groepen binnen de Antilliaanse gemeenschap</li> <li>- Het aantal tienerzwangerschappen vermindert met 50%</li> <li>- De Antilliaanse gemeenschap heeft vanuit de eigen groepen minstens twee activiteiten ontwikkeld rondom preventie van tienerzwangerschappen en gedragsverandering rond seksualiteit</li> <li>- De versie van lang leve de liefde voor het speciaal voortgezet onderwijs is geïmplementeerd op tenminste één school voor speciaal voortgezet onderwijs</li> <li>- Er zijn structurele contacten met belangrijke vertegenwoordigers van de Antilliaanse gemeenschap</li> </ul>							
Nr	Doelgroepen, partners, stakeholders	Activiteiten	Verantwoordelijk en /uitvoerenden	Coördinator	Middelen en budget	Planning	Evaluatie
1	Gemeenten	Effectevaluatie Rapportages tussentijds aan portefeuillehouderoverleg Eindrapportage	GGD	GGD	Regulier	2011	Effectevaluatie en Eindrapportage
2	Docenten/Leerlingen speciaal voortgezet onderwijs	Project "lang leve de liefde"  Voorlichting op speciaal voortgezet onderwijs	GGD/docenten  GGD	GGD  GGD	Additioneel (zie 4.6)	2009-2011 2009-2011	Jaarlijks verslag van activiteiten
3	Antilliaanse jongens en meisjes	Voorlichtingsactiviteiten voor/door jongeren	GGD	GGD	Additioneel (zie 4.6)	2009-2011	Jaarlijks verslag
4	Jongerenwerkers	Scholing/bijbscholing seksualiteit  Opzetten/onderhouden van een netwerk	GGD/Bureau Jeugdzorg  GGD/Bureau Jeugdzorg	GGD  GGD	Additioneel (zie 4.6)  Additioneel (zie 4.6)	2009-2011 2009-2011	Jaarlijks verslag
5	Antilliaanse sleutelfiguren/sociaal werkers	Opzetten/onderhouden van netwerk binnen de Antilliaanse gemeenschap	GGD/Bureau Jeugdzorg	GGD	Regulier	2008-2011	Jaarlijks evaluatie Brijder