





Gemeente  
Halderberge

## RAADSBESLUIT

De raad van de gemeente Halderberge;

gezien het voorstel van burgemeester en wethouders d.d. 8 november 2011 ;<sup>y</sup>

gezien het amendement van mevrouw Olsthoorn;

gelet op de Wet publieke gezondheid;

### BESLUIT:

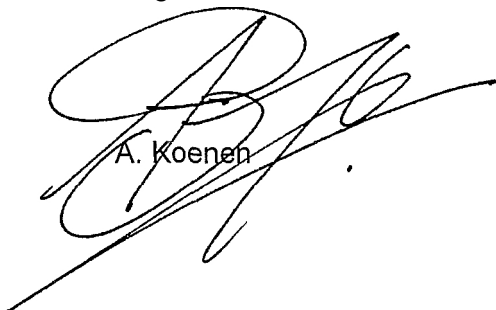
de Volksgezondheidsnota gemeente Halderberge 2012 - 2015 vast te stellen, met dien verstande de tekst van de Volksgezondheidsnota gemeente Halderberge 2012-2015 als volgt te wijzigen:

Paragraaf 7.2 jeugdgezondheidszorg, blz 19 onder punt 4

In **de drie dorpen wordt een consultatie en inloopspreekuur** aangeboden om ouders laagdrempelig de gelegenheid te bieden gebruik te maken van een consult en of opvoedingsondersteuning.

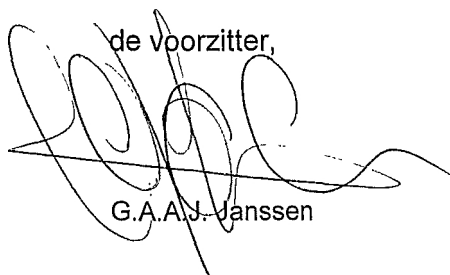
Aldus vastgesteld in de vergadering van de raad  
van de gemeente Halderberge d.d. 9 februari 2012,

de griffier,



A. Koenen

de voorzitter,



G.A.A.J. Janssen

## Inhoudsopgave

<u>1. Inleiding</u> .....	3
<u>2. Wettelijke taken</u> .....	4
<u>3. Het bestaande beleid: welke prioriteiten zijn nu gesteld?</u> .....	5
<u>4. Relatie met andere beleidsterreinen</u> .....	6
<u>5. Landelijke ontwikkelingen, lokale gezondheidscijfers en inbreng van inwoners en instellingen</u> .....	8
<u>5.1 Landelijke ontwikkelingen</u> .....	8
<u>5.2 Hoe gezond is Halderberge?</u> .....	9
<u>5.3 De mening van instellingen en burgers</u> .....	11
<u>6. Volksgezondheidsbeleid 2012-2015: Visie, beleidsuitgangspunten en prioriteiten</u> 13	
<u>6.1 Algemene doelstelling van het gemeentelijk gezondheidsbeleid</u> .....	13
<u>6.2 Visie op gezondheidsbeleid</u> .....	13
<u>6.3 Algemene uitgangspunten van beleid</u> .....	13
<u>6.4 Prioriteiten 2012 – 2015</u> .....	15
<u>7. Doelstellingen, resultaten en acties</u> .....	16
<u>7.1 Prenatale voorlichting</u> .....	16
<u>7.2 Jeugdgezondheidszorg</u> .....	17
<u>7.3 Tegengaan van overgewicht onder jongeren</u> .....	19
<u>7.4 Tegengaan roken en overmatig alcoholgebruik onder jongeren</u> .....	20
<u>7.5 Tegengaan drugsgebruik onder jongeren</u> .....	23
<u>7.6 Preventieve ouderengezondheidszorg</u> .....	24
<u>7.6.1 Kerngerichte aanpak voor samenhang en afstemming</u> .....	24
<u>7.6.2. Verbetering gezondheidspositie allochtone ouderen</u> .....	25
<u>8. Planning</u> .....	26
<u>9. Financiële paragraaf</u> .....	28
<u>Lijst met afkortingen</u> .....	29
<u>Bijlagen</u> .....	30

# 1. Inleiding

Een goede gezondheid levert veel op. Gezonde mensen hebben in het algemeen een betere kwaliteit van leven, kunnen beter voor zichzelf zorgen en doen minder beroep op de zorg. Ook kunnen ze langer participeren in de maatschappij, of het nu op de arbeidsmarkt is of als vrijwilliger. Investeren in gezondheid loont dus op vele fronten.

Verbetering van de volksgezondheid is een zaak van lange adem. Daarom is het belangrijk om te melden dat in deze nieuwe nota zo veel mogelijk wordt voortgebouwd op het vorige volksgezondheidsbeleid. Voor het opstellen van dit nieuwe volksgezondheidsplan gelden de volgende uitgangspunten:

- a. De Notitie Verslavingspreventie (uit 2007) en het Volksgezondheidsplan 2008 – 2011 worden samengevoegd tot één nieuwe nota Volksgezondheid;
- b. Inhoudelijk vormt het bestaande beleid het startpunt voor de nieuwe nota met bijstellingen op basis van cijfers over de gezondheid en problematiek in Halderberge en prioriteiten in het landelijke beleid.

De gezondheidszorg in Nederland ziet zich met grote uitdagingen geconfronteerd. Het beroep op de gezondheidszorg stijgt, deels als gevolg van de vergrijzing en een stijgende levensverwachting en deels als gevolg van maatschappelijke trends als een veranderende leefstijl en medicalisering. Een belangrijk en veel bepleit antwoord is een grotere samenhang tussen preventie, ondersteuning in de eigen omgeving en de curatieve zorg. Hiervoor is aandacht in deze nieuwe nota.

In deze vierjaarlijkse nota geeft de gemeente haar prioriteiten voor het volksgezondheidsbeleid aan. Het terrein van de volksgezondheid is zeer uitgebreid en de gemeente kan niet op alle onderdelen en voor alle doelgroepen inspanningen verrichten om de gezondheidspositie te behouden of te verbeteren. Het maken van keuzes is noodzakelijk.

Ter voorbereiding op deze nota zijn in het voorjaar van 2011 bijeenkomsten geweest met het maatschappelijke veld. Vragers en aanbieders van zorg zijn hierbij betrokken, evenals het onderwijs, de Seniorenraad en de Wmo-raad. De gemeenteraad is in deze periode over de Halderbergse gezondheidscijfers geïnformeerd waarbij van gedachten is gewisseld over de hoofdlijnen voor het nieuwe beleid. Inwoners zijn via de Halderbergse Bode en gemeentelijke website opgeroepen hun mening over het volksgezondheidsbeleid kenbaar te maken. De inbreng en aanbevelingen die hieruit zijn voortgekomen, zijn vermeld in deze nota.

Het traject dat voor deze nota is doorlopen heb ik als een positief proces ervaren. Vanuit verschillende hoeken is meegedacht en is een goede inbreng geleverd. Ik wil dan ook iedereen bedanken voor de bijdrage die tot nu toe is geleverd aan de totstandkoming van deze volksgezondheidsnota.

Namens college van burgemeester en wethouders,

J.C.M. Paantjens  
Wethouder Volksgezondheid

## 2. Wettelijke taken

De publieke gezondheidszorg<sup>1</sup> is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk. Deze zorg heeft tot doel de gezondheid van de (nog) gezonde burger te bevorderen en te beschermen. Publieke gezondheidszorg bestrijkt een zeer divers terrein. Onderwerpen als verslavingspreventie, voorlichting over overgewicht, reizigersvaccinaties en de jeugdarts behoren allemaal tot deze zorg. Ingevolge de Wpg moeten gemeenten voor de publieke gezondheidszorg hun prioriteiten vastleggen in een lokaal gezondheidsplan.

Het Rijk en de gemeenten vullen elkaar op het gebied van de publieke gezondheidszorg aan. De verdeling van wat decentraal en wat centraal moet gebeuren, wisselt naar de aard van de verschillende taken binnen de Wpg. In de wet wordt een onderscheid gemaakt naar algemene taken die de gezondheid beschermen of bevorderen (hierna: algemene bevorderingstaken), jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg en infectieziektebestrijding. Voor de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding is er een sterkere centrale sturing. Voor de overige taken is er meer beleidsvrijheid.

In de wet is verder bepaald dat de gemeente verplicht is een gezondheidsdienst in stand te houden. De gemeente Halderberge heeft samen met de andere 17 gemeenten in West-Brabant één gezondheidsdienst: GGD West-Brabant. Hiervoor is een gemeenschappelijke regeling getroffen die de bestuurlijke verantwoordelijkheid regelt. De gemeente vraagt de GGD om advies bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg in de gemeente. De GGD is daarnaast ook een belangrijke uitvoerder van het lokale gezondheidsbeleid.

Elke vier jaar brengt de Minister van VWS een nota gezondheidsbeleid uit met daarin de landelijke prioriteiten voor de publieke gezondheidszorg. Ook de gemeente is verplicht iedere vier jaar een nota gezondheidsbeleid vast te stellen en wel maximaal twee jaar nadat de landelijke nota is uitgebracht. Gemeenten vertalen hierbij de landelijke prioriteiten naar lokaal beleid. Maar: niet alleen de landelijke prioriteiten vormen de basis voor het lokale gezondheidsbeleid, juist ook de lokale epidemiologische gegevens of een ander inzicht bepalen de lokale aanpak. De gemeenteraad neemt bij de vaststelling van het lokale beleid de landelijke prioriteiten in overweging, maar kan aanleiding zien daarvan gemotiveerd af te wijken. In de lokale nota moet de raad aangeven hoe de gemeente invulling geeft aan de algemene bevorderingstaken, de jeugdgezondheidszorg, de ouderengezondheidszorg en de infectieziektenbestrijding.

De algemene bevorderingstaken behoren voor het grootste deel tot het basistakenpakket van de GGD. We noemen hier epidemiologie, medische milieukunde, technische hygiënezorg en psychosociale hulp bij rampen. Ook de infectieziektenbestrijding wordt binnen dit pakket door de GGD uitgevoerd. De 18 gemeenten in West-Brabant hebben afspraken gemaakt over de inhoud van het basistakenpakket van de GGD voor de periode 2009 – 2012. Vanwege de noodzaak om te komen tot bezuinigingen zal door de gemeenten voor het werk van de GGD een kerntakendiscussie worden gevoerd. Bijstellingen zullen met name plaats vinden in het niveau van uitvoering.

---

<sup>1</sup> de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.

### 3. Het bestaande beleid: welke prioriteiten zijn nu gesteld?

Zoals in de inleiding al is aangegeven, vormt het bestaande beleid de basis voor dit nieuwe plan. Binnen dit bestaande beleid zijn de onderstaande prioriteiten gesteld.

\* *Volksgezondheidsplan 2008 – 2011.*

- Investeren in gezond gedrag: preventie van overgewicht, roken en overmatig alcoholgebruik met prioriteit aan de doelgroepen jeugd en ouderen
- Tegengaan van eenzaamheidsproblematiek bij ouderen
- Tegengaan gezondheidsachterstand allochtonen
- Stimuleren gezondheidscentra in de kernen
- Bevorderen van samenhang en samenwerking van lokale activiteiten
- Uitbouw lokaal AED netwerk

\* *Notitie verslavingspreventie.*

- Het uitstellen van de leeftijd waarop jongeren beginnen met alcohol en andere drugs
- Jongeren maken bewuste eigen keuzes in het omgaan met genotmiddelen
- Problemen met alcoholgebruik onder ouderen worden zichtbaar en bespreekbaar gemaakt
- Professionals in de gemeente in de sectoren zorg, welzijn en onderwijs weten riskant middelengebruik te herkennen en bespreekbaar te maken
- Door vroegtijdige signalering en laagdrempelige toeleiding naar zorg wordt de verslavingsproblematiek in de gemeente aangepakt
- Door middel van handhaving wordt riskant middelengebruik, verslaving en daarmee samenhangende overlast verminderd.

Voor de periode 2008 – 2011 is prioriteit gegeven aan de doelgroep jeugd.

De uitvoering van deze nota's is jaarlijks verantwoord middels de reguliere planning&control cyclus.

## 4. Relatie met andere beleidsterreinen.

De gezondheid van de burgers wordt uiteraard niet alleen beschermd door uitvoering van de Wpg. Ook het beleid op andere terreinen heeft hier invloed op. Onderstaand kunt u lezen op welke wijze het gezondheidsaspect is opgenomen in andere beleidsnota's.

- \* *Beleidsplan Maatschappelijke Ondersteuning 2008 – 2011 (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)).*

Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijke leven (Wmo) en het bevorderen van de publieke gezondheid (Wpg) liggen in elkaars verlengde. Veel taken die onder de Wmo vallen, raken of overlappen taken die onder volksgezondheid vallen. Zo is het geven van informatie en advies zowel in de Wmo als vanuit het oogpunt van volksgezondheid een belangrijke preventieve taak.

De invoering van De Kanteling<sup>2</sup> is binnen de Wmo een belangrijke ontwikkeling. Het bieden van preventie is hierbij van belang om te voorkomen/verminderen dat burgers een beroep doen op Wmo- en/of AWBZ-voorzieningen.

- \* *Kadernota Jeugd*

Binnen het jeugdbeleid wordt prioriteit gegeven aan jongerenparticipatie, Centrum Jeugd & Gezin en de transitie jeugdzorg. De raakvlakken met de jeugdgezondheidszorg en verslavingspreventie zijn hier groot.

- \* *Ruimte voor Spelen*

Dit beleid is gericht op het stimuleren van bewegen door kinderen en daarmee het bevorderen van de gezondheid van kinderen.

- \* *Notitie Integratiebeleid*

Bevorderen van participatie in de samenleving en wegnemen van belemmeringen die leiden tot achterstanden.

- \* *Halderberge in beweging*

Sportstimulering met als uitgangspunt dat zoveel mogelijk Halderbergse inwoners sporten en bewegen. Extra aandacht is nodig voor senioren, allochtonen en inwoners met een bewegingsachterstand.

- \* *Ouderen*

Prioriteit aan ouderensteunpunten in de kernen en aandacht voor bewegen voor ouderen.

- \* *Lokale Educatieve Agenda (onderwijs)*

Het onderwijsbeleid met daarin benoemd het Passend Onderwijs, Zorg Advies Teams, Onderwijsachterstandenbeleid en Voor- en Vroegschoolse Educatie. Vanuit de jeugdgezondheidszorg en preventieprogramma's zijn hier sterke raakvlakken met de volksgezondheid.

- \* *Nota Integrale Veiligheid*

Onder dit beleidsterrein vallen o.a. overlast, Veiligheidshuis en Veilige School.

---

<sup>2</sup> De omslag van claim- en aanbodgericht werken (voorzieningen en hulpmiddelen) naar vraag- en resultaatgericht werken (participatie en zelfredzaamheid).

- \* *Drank- en Horecawetgeving en Nota evenementen*  
Bij het verlenen van artikel 35 ontheffingen voor de verstrekking van zwak-alcoholische dranken bij evenementen wordt rekening gehouden met de leeftijdscategorie waarop het evenement zich richt. Geen ontheffing wordt verleend indien het evenement zich richt op minderjarigen. In de voorschriften is opgenomen dat geen onbeperkte verstrekking mag plaatsvinden tegen éénmalige betaling.
- \* *Woonvisie Halderberge*  
In de woonvisie is het gezondheidsaspect benoemd en is vastgelegd dat in ruimtelijke ordeningsprocedures wordt gekeken naar milieu- en gezondheidsaspecten als geluidsoverlast, hinder en externe veiligheid. Daarnaast wordt gestreefd naar meer samenwerking tussen woningbouwcorporaties, zorg- en welzijnsinstellingen.
- \* *Milieubeleidsplan 2009 – 2012*  
In het Milieubeleidsplan wordt voor het thema Milieu en Gezondheid gestreefd naar het voorkomen van gezondheidsproblemen als gevolg van ruimtelijke ontwikkelingen en het verhogen van de binnenmilieukwaliteit. Milieu is van wezenlijk belang voor een goede fysieke omgevingskwaliteit. In ruimtelijke ordeningsprocedures is aandacht voor het behouden van een goed woon- en leefklimaat.
- \* *Wet Werken naar Vermogen*  
Naar verwachting wordt vanaf 2013 de Wet Werken naar Vermogen van kracht. Gemeenten krijgen een taak bij de begeleiding van jong gehandicapten (18-27 jarigen, WAJONG-ers) naar de arbeidsmarkt en voor het verstrekken van een uitkering aan een beperkte doelgroep. Het gemeentelijke beleid voor invulling van deze taken moet nog worden geformuleerd.

Hieruit blijkt dat de gemeente ook het buiten het volksgezondheidsplan al de nodige aandacht heeft voor het aspect volksgezondheid. Verbindingen leggen tussen de diverse beleidsnota's vindt al wel plaats, maar kan nog verbeteren.



## 5. Landelijke ontwikkelingen, lokale gezondheidscijfers en inbreng van inwoners en instellingen

Voor het bepalen van het nieuwe beleid is bezien of het landelijke beleid en/of de cijfers over de gezondheid in Halderberge aanleiding zijn om het bestaande beleid bij te stellen. Onderstaand treft u de landelijke ontwikkelingen aan gevolgd door de Halderbergse gezondheidscijfers. Aansluitend wordt de mening van inwoners en instellingen over de koers van het nieuwe volksgezondheidsbeleid weergegeven. Bij de opstelling van dit plan is in een vroeg stadium bij hen gepeild welke onderwerpen naar hun mening aandacht verdienen in de nieuwe nota.

### 5.1 Landelijke ontwikkelingen.

- *Preventienota 'Gezondheid dichtbij'.*  
In de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij 2011' geeft de minister aan dat de vijf speerpunten uit de preventienota 2006 belangrijk blijven om de volksgezondheid te verbeteren. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. De minister houdt deze speerpunten vast, maar legt daarbij het accent op bewegen.  
De eigen verantwoordelijkheid en kracht van mensen is een belangrijk uitgangspunt, ook voor gezondheid. Indien een bijdrage van de overheid noodzakelijk is, zijn in de ogen van het kabinet de gemeenten in veel gevallen als eerste aan zet. Belangrijke uitgangspunten in de nota zijn:
  - inzetten op spelen, bewegen en sporten;
  - de jeugd benoemen als belangrijke doelgroep;
  - het stimuleren van publiek private samenwerking;
  - verbindingen leggen tussen het beleidsterrein volksgezondheid en andere belangrijke beleidsdoelstellingen bv. op het terrein van jeugdbeleid, welzijn en veiligheid;
  - zorg dichtbij in de buurt: herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt met goede afstemming tussen zorg en preventie.
- *Artikel 5a > Preventieve gezondheidszorg voor ouderen.*  
Bij de behandeling van de Wpg in de Tweede Kamer is bij amendement artikel 5a in de wet opgenomen. Het artikel is op 1 juli 2010 in werking getreden.  
Gemeenten dienen zorg te dragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Hierbij geldt voor gemeenten een grote beleidsvrijheid. Lokaal zijn er al veel voorzieningen zoals huisartsen, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. Gemeenten kunnen zich voor deze taak volgens de minister vooral richten op het verbinden en faciliteren van deze lokale initiatieven.
- *Wijziging Wet publieke gezondheid.*  
De Wpg wordt vanaf 2012 gewijzigd. De belangrijkste aanleiding voor de wetwijziging is de voorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken. Hiervoor worden de Wpg en de Wet veiligheidsregio's (Wvr) op elkaar afgestemd. Met de wijziging wordt de landelijke vierjaarlijkse cyclus versterkt (vastleggen, uitvoeren en bijstellen van doelstellingen) en wordt de uitvoering van de lokale volksgezondheidsplannen bevorderd. In het volksgezondheidsplan moeten namelijk niet alleen meer doelstellingen worden opgenomen, maar ook de acties en te behalen resultaten.

Tot slot krijgt de gemeente na de wijziging de wettelijke taak om prenatale voorlichting aan te bieden aan aanstaande ouders. De gemeente bepaalt zelf de inhoud van het aanbod en wie de voorlichting verzorgt.

- *Aandacht voor sociaal-economische gezondheidsverschillen.*  
Uit onderzoek<sup>3</sup> blijkt dat mensen met een lage sociaal economische status 14 jaar langer leven in ongezondheid en 6 tot 7 jaar eerder sterven dan mensen met een hoge sociaal economische status. De Inspectie voor de Gezondheidszorg vraagt om binnen het lokale gezondheidsbeleid aandacht te hebben voor het terugdringen van deze gezondheidsverschillen.

*Conclusie voor het nieuwe volksgezondheidsbeleid:*

- *De prioriteiten uit de landelijke nota sluiten grotendeels aan bij het bestaande gemeentelijke beleid.*
- *In de nieuwe nota dient aandacht te zijn voor de preventieve ouderengezondheidszorg.*
- *Doelstellingen, acties en resultaten moeten zijn vermeld.*
- *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen blijven aandacht vragen.*

## **5.2 Hoe gezond is Halderberge?**

Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 blijkt, dat het met de volksgezondheid in Nederland redelijk goed gaat. Zo is de levensverwachting van Nederlanders de laatste jaren toegenomen, maar blijft die lager dan die in de ons omringende landen. Bovendien bestaat er een zorgwekkend verschil tussen laag en hoog opgeleide Nederlanders en dat verschil wordt niet kleiner. De trends in leefstijlfactoren (waaronder overgewicht, roken) zijn weliswaar gestabiliseerd, maar het niveau waarop deze zich bevinden is nog veel te hoog. Het terugdringen van ongezonde leefgewoonten stagneert, vooral onder laagopgeleiden.

Hoe zien de cijfers er uit voor de gemeente Halderberge?

GGD West-Brabant voert binnen een vierjarige cyclus een monitor uit voor de doelgroepen: kinderen 0-11 jaar, jongeren 12-18 jaar, volwassenen 19-64 jaar en ouderen 65+. Dit betekent dat er elk jaar één doelgroep wordt onderzocht. Aanvullend heeft de GGD in opdracht van de gemeente in 2010 een onderzoek uitgevoerd naar de gezondheidspositie van allochtone ouderen in Halderberge. Novadic-Kentron heeft eind 2010/begin 2011 een veldwerkonderzoek uitgevoerd naar het alcohol- en drugsgebruik onder hanggroepjongeren in Halderberge.

Hieronder wordt samengevat de gezondheidssituatie van de Halderbergse bevolking aan de hand van de thema's alcohol, overgewicht, roken/drugs, eenzaamheid en mantelzorg in beeld gebracht<sup>4</sup>. Aansluitend worden de cijfers uit het veldwerkonderzoek vermeld. In de bijlagen zijn uitgebreidere monitorcijfers en de aanbevelingen uit de rapportage van het veldwerkonderzoek bijgevoegd. Per aanbeveling is hierbij het standpunt van de gemeente aangegeven.

---

<sup>3</sup> Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 en 2010

<sup>4</sup> Jeugdmonitor 0-11 jaar 2008, Jongerenmonitor 12-18 jaar 2007, Volwassenenmonitor 19-64 jaar 2009, Ouderenmonitor 65+ 2009, Onderzoek allochtone ouderen 2010.

### Alcohol

- Alcohol onder 16 jaar kan wel, vindt 56% van de ouders (ouders van 2.195 kinderen)
- 9% van de 8-12 jarigen heeft al gedronken (353 kinderen)
- 6% van de 12-15 jarigen was de afgelopen maand dronken > (cijfers op schaal West-Brabant)
- 37% van de 16-19 jarigen was de afgelopen maand dronken > (cijfers op schaal West-Brabant)
- 3 van de 10 jongeren (12-19jr) (738 jongeren) doen aan bingedrinken (meer dan 5 glazen per keer)
- 11% van de volwassenen drinkt overmatig (1.986 volwassenen)
- 9% van de ouderen drinkt overmatig (443 ouderen)

### Overgewicht

- 12% van de 2-12 jarigen heeft overgewicht (470 kinderen)
- Basisschoolkinderen sporten meer op school dan elders in de regio, zij eten minder groenten
- 15% van de 12-18 jarigen heeft overgewicht (381 jongeren)
- 75% beweegt niet voldoende (één uur per dag) (1.907 jongeren)
- 60% eet niet elke dag groenten (1.525 jongeren)
- 52% van de volwassenen heeft overgewicht (9.389 volwassenen)
- 38% sport niet voldoende (6.861 volwassenen)
- 66% van de ouderen heeft overgewicht (3.251 ouderen)

### Roken/drugs

- Roken onder 16 jaar kan wel, vindt 22% van de ouders (ouders van 862 kinderen)
- 2% van de 8-12 jarigen (78 kinderen) heeft al eens gerookt (4x hoger dan gemiddeld in de regio)
- 7% van de 12-19 jarigen rookt dagelijks (178 jongeren)
- 3 op de 10 jongeren rookt passief thuis mee (763 jongeren)
- 4% van de jongeren gebruikt cannabis (101 jongeren)
- 0,2% gebruikt harddrugs (XTC) (5 jongeren)
- 25% van de volwassenen rookt dagelijks (4.514 volwassenen)
- 13% van de ouderen rookt dagelijks (640 ouderen)

### Eenzaamheid

- 40% van de volwassenen is eenzaam (7.222 volwassenen)
- 7% is ernstig eenzaam (1.264 volwassenen)
- 45% van de ouderen is eenzaam (2.217 ouderen)
- 8% is ernstig eenzaam (394 ouderen)
- 44% van de allochtone ouderen is eenzaam (45 ouderen)

### Mantelzorg

- 8% van de jongeren (203 jongeren) geeft mantelzorg, 0,2% vindt dit zwaar (5 jongeren)
- 10% van de volwassenen verleent mantelzorg (1.806 volwassenen) (minder dan gemiddeld in regio: 14%)
- 3% geeft intensieve mantelzorg (542 volwassenen)
- 2% voelt zich zwaar belast (361 volwassenen) (meer dan gemiddeld in de regio)
- Mantelzorg wordt voornamelijk gegeven aan ouders
- 9% van de ouderen ontvangt mantelzorg (443 ouderen) (minder dan gemiddeld in regio: 11%)
- 14% van de ouderen geeft mantelzorg (690 ouderen)
- 3% heeft behoefte aan ondersteuning (148 ouderen)

#### **Allochtone ouderen**

Vergelijkbaar met autochtone ouderen, behalve:

- 55+ allochtoon vergelijkbaar met 65+ autochtoon
- Meer diabetes, meer rugklachten
- Lage bekendheid zorgvoorzieningen

#### **Veldwerkonderzoek hanggroepjongeren**

- 64 hanggroepjongeren zijn geënquêteerd
- 50% (32 jongeren) woonachtig in Oudenbosch, 26% (17 jongeren) Oud Gastel, 15% (10 jongeren) Hoeven, 1% (1 jongere) Bosschenhoofd, rest (4 jongeren) buiten de gemeente Halderberge
- Alcoholgebruik van hanggroepjongeren is vergelijkbaar met andere jongeren in Nederland
- 48% (31 jongeren) gebruikt cannabis, bijna 60% (16 jongeren) hiervan doet dit vier dagen per week of vaker
- 23% gebruikt harddrugs (11 jongeren XTC, 10 cocaïne, 6 speed, 1 ketamine, 6 GHB, 6 pado's)
- Nieuwe aanmeldingen in 2010 in zorg bij Novadic-Kentron: cannabis:1, cocaïne:2, GHB: 3, alcohol: 1, speed: 1.

#### *Conclusie voor het nieuwe volksgezondheidsbeleid:*

- *De speerpunten tegengaan overgewicht, roken en schadelijk alcoholgebruik blijven belangrijk om de volksgezondheid te verbeteren.*
- *Dit geldt ook voor eenzaamheid.*
- *Het verlenen van mantelzorg is lager dan gemiddeld in de regio. Het geactualiseerde mantelzorgbeleid van de gemeente wordt niet opgenomen in het volksgezondheidsplan, maar in het Wmo-beleidsplan.*
- *Het grote gezondheidsverschil tussen allochtone en autochtone ouderen vraagt om aandacht in het nieuwe volksgezondheidsplan.*
- *Hanggroepjongeren worden aangemerkt als een kwetsbare groep die aandacht vraagt in de aanpak. Dit moet wel in verhouding staan tot de omvang van de doelgroep en de problematiek. De hanggroepjongeren vormen 2,6% van het totale aantal Halderbergse jongeren.<sup>5</sup>*

### **5.3 De mening van instellingen en burgers.**

Aan (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgkantoor, welzijnsinstellingen, onderwijs, Wmo-raad en Seniorenraad is voorafgaand aan de opstelling van de nieuwe nota hun mening gevraagd over het te voeren volksgezondheidsbeleid. Via de Halderbergse Bode en de website is ook aan burgers gevraagd hun mening te geven. Op 21 april 2011 zijn door GGD West-Brabant de monitorcijfers gepresenteerd aan de gemeenteraad. Deze interactieve aanpak heeft geleid tot de volgende reacties.

<sup>5</sup> 2.427 12-19 jarigen per 1-1-2011. Bron: GBA,

Ingebracht door	Ingebrachte reactie	Conclusie voor nieuwe nota
<b>Overleg Verslavingspreventie</b> (basis- en voortgezet onderwijs, GGD, GGZ, politie, jongeren/straathoekwerk, Novadic-Kentron, Zuid-Wester, VWA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thema alcohol&amp;jeugd blijft belangrijk</li> <li>• GHB-gebruik in de regio is zorgwekkend</li> <li>• Ook bij ouderen speelt verslavingsproblematiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol&amp;drugsaanpak bij jeugd moet prioriteit behouden</li> <li>• Overwegen om ouderen ook als doelgroep te benoemen in verslavingspreventie.</li> </ul>
<b>Zorgkantoor (CZ Zorgkantoor)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventieve ouderengezondheidszorg: Zorgkantoor gaat zich steeds meer inzetten op wijkgerichte zorg, dicht bij de cliënt.</li> <li>• Bij het tegengaan van eenzaamheid bij ouderen ook de mogelijkheden van het product dagverzorging betrekken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het verdient aanbeveling de mogelijkheden voor samenwerking tussen gemeente en Zorgkantoor op het gebied van ouderengezondheidszorg te onderzoeken. Overigens is er vanuit het ouderenbeleid via de steunpunten al aandacht voor het tegengaan van eenzaamheid.</li> </ul>
<b>Interactieve bijeenkomst 22 maart 2011</b> (vertegenwoordigers van zorgaanbieders, welzijnsinstellingen, mantelzorgers, Wmo-raad, Seniorenraad, Gehandicaptenplatform, GGD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goede voorlichting, met een sociale kaart, is essentieel.</li> <li>• De wijkzuster is belangrijk. Zij kan de verbindende schakel zijn tussen zorgverleners, burgers en gemeente.</li> <li>• Preventie van overgewicht, roken, alcoholgebruik wordt belangrijk gevonden. Prioriteit aan doelgroep jeugd.</li> <li>• Aandacht voor de preventieve ouderengezondheidszorg, inclusief eenzaamheidsproblematiek</li> <li>• Verbeteren van de positie van allochtone ouderen</li> <li>• (zorg)instellingen dienen meer te communiceren over wie ze zijn en wat ze doen</li> <li>• Meer communicatie tussen instellingen onderling en meer samenhang creëren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het belang van een sociale kaart wordt onderkend. Dit draagt bij aan de herkenbaarheid van het zorgaanbod van de instellingen. In het nieuwe Wmo-beleidsplan is hiervoor aandacht.</li> <li>• Vraaggestuurde zorg is belangrijk. De functie van wijkzuster verdient aandacht in het volksgezondheidsbeleid.</li> <li>• Alcohol&amp;drugsaanpak bij jeugd moet prioriteit behouden</li> <li>• Het belang van de preventieve ouderengezondheidszorg, inclusief eenzaamheidsproblematiek wordt onderschreven.</li> <li>• Dit geldt ook voor de verbetering van de gezondheidspositie van allochtone ouderen.</li> <li>• Stimuleren van meer samenhang en tegengaan van versnippering verdient aandacht in de nota.</li> </ul>
<b>Reactie op oproep in Halderbergse Bode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bij mannen boven de 50 jaar een preventief onderzoek naar prostaatkanker uitvoeren (zoals aan vrouwen het borstkankeronderzoek wordt aangeboden)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aanbieden van bevolkingsonderzoeken, zoals de onderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker, is een verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. Daarom wordt dit niet opgenomen in de gemeentelijke nota.</li> </ul>
<b>Bijeenkomst gemeenteraad 21 april 2011</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beleid richten op leefstijlproblematiek</li> <li>• rol ouders belangrijk</li> <li>• aandacht voor effectiviteit</li> <li>• herkenbaar lokaal beleid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De speerpunten overgewicht, roken en schadelijk alcoholgebruik blijven gehandhaafd.</li> <li>• De belangrijke rol van ouders wordt onderschreven.</li> <li>• Dit geldt ook voor de effectiviteit van in te zetten interventies.</li> <li>• Het beleid wordt toegesneden op de lokale situatie. De lokale inkleuring zal het meest aanwezig zijn bij de concrete uitvoering van het beleid. Doelstellingen en prioriteiten kunnen regionaal min of meer vergelijkbaar zijn. Bij de uitvoering kunnen interventies worden ingezet die qua samenwerking, intensiteit en/of inhoud anders zijn dan elders.</li> </ul>

## 6. Volksgezondheidsbeleid 2012-2015: Visie, beleidsuitgangspunten en prioriteiten

### 6.1 Algemene doelstelling van het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Volgens de World Health Organisation (WHO) is 'gezondheid' een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek. Het gaat dus niet alleen om de lichamelijke gezondheid, maar ook om geestelijke en sociale gezondheid.

De algemene doelstelling van het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid luidt:  
**De gemeente Halderberge stelt zich ten doel de gezondheid van de Halderbergse inwoners zo optimaal mogelijk te beschermen, te bewaken en te bevorderen.**

### 6.2 Visie op gezondheidsbeleid.

Een goede gezondheid begint bij jezelf. Mensen maken zelf keuzes vanuit hun eigen mogelijkheden, motieven en belangen. Dat geldt zowel voor leefstijl als voor het gebruik van (zorg)voorzieningen. Daarvoor is het belangrijk dat mensen kunnen beschikken over betrouwbare en toegankelijke informatie, goede en bereikbare voorzieningen en dat zij zo min mogelijk belemmeringen ervaren om gezond te kunnen leven. Kort gezegd: de gezonde keuze moet de gemakkelijkste keuze worden. De zorg of verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid wordt niet overgenomen van mensen, tenzij kwetsbare burgers beschermd moeten worden. Denk bijvoorbeeld aan kinderen van wie de gezondheid en ontwikkeling ernstig bedreigd worden.

Voorkomen is beter dan genezen. Daarom is het belangrijk dat het gezondheidsbeleid zich richt op het voorkomen van gezondheidsproblemen bij burgers of op initiatieven die het ontstaan van gezondheidsproblemen kleiner maken. Hiervoor liggen ook mogelijkheden buiten de volksgezondheidssector: maatschappelijke ondersteuning, jeugdbeleid, ouderenbeleid, ruimtelijke ordening, milieu en zorg. Met het aanbrengen van verbindingen kan hier winst worden behaald. Dit vraagt ook betrokkenheid van maatschappelijke organisaties, het onderwijs, zorgverleners en het bedrijfsleven. De gemeente kan hier optreden als regisseur door te sturen op samenhang.

### 6.3 Algemene uitgangspunten van beleid.

- Prioriteit aan doelgroep jeugd<sup>6</sup> en kwetsbare burgers<sup>7</sup>.  
De jeugd heeft de toekomst en investeren in hen loont. Goede gewoonten en gedragingen die in de jonge jaren zijn aangeleerd, bieden meer perspectief voor de toekomst. Daarom wordt in het volksgezondheidsbeleid prioriteit gegeven aan de doelgroep jeugd.  
Naast de jeugd vormen kwetsbare inwoners de tweede doelgroep waaraan prioriteit wordt gegeven. Onder kwetsbare inwoners verstaan we mensen met een lage draagkracht (laag inkomen en/of weinig regie in het eigen leven) en een hoge draaglast (niet zelfredzaam en/of beperkt door lichamelijke gezondheid).

<sup>6</sup> 0 tot 23 jarigen

<sup>7</sup> burgers bij wie er sprake is van een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten.

- **Effectieve interventies.**  
Door de jaren heen is er een enorme hoeveelheid van interventies ontwikkeld voor het gezondheidsbeleid. Met de oprichting van het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM is een belangrijke verbeterslag gemaakt in de kwaliteit en effectiviteit van interventies. Het CGL verzamelt effectieve interventies en zet deze in een toegankelijke databank. Bij de keuze voor interventies in Halderberge is het uitgangspunt dat erkende en bij voorkeur bewezen effectieve interventies worden ingezet.
- **Meer samenhang en afstemming: een kerngerichte aanpak.**  
Lokaal zijn er al veel initiatieven om bv te weinig beweging en verkeerde eetgewoonten tegen te gaan. Initiatieven worden vanuit verschillende invalshoeken, door verschillende partners en voor verschillende doelgroepen opgezet en uitgevoerd. Tegengaan van versnippering en creëren van meer samenhang is een belangrijk uitgangspunt, bij voorkeur via een kerngerichte aanpak. Hierbij worden inwoners, zorgaanbieders en maatschappelijke instellingen betrokken. Tegengaan van versnippering betekent ook dat voor overleg en samenwerking de bestaande (zorg)structuren worden gebruikt. In de looptijd van deze nota wordt hier concreet invulling aan gegeven door een samenhangende aanpak voor het tegengaan van overgewicht bij jongeren te realiseren en door in één kern samenhang en afstemming te realiseren voor de ouderengezondheidszorg.
- **Afstemming tussen preventie en zorg.**  
Individuele preventie behoort tot de taak van de professionele zorgverleners waaronder de huisartsen en (wijk)verpleegkundigen. Gemeenten richten zich op de collectieve preventie en bieden via de Wmo een breed scala aan maatschappelijke voorzieningen aan. Deze zorg en preventie dienen meer op elkaar te worden afgestemd. Vroegsignalering en toeleiding naar zorg zijn hierbij belangrijk.  
Gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoor financieren ieder een deel van de zorg. Deze partijen dienen voldoende van elkaars wereld op de hoogte te zijn waardoor ze weten wat ze voor elkaar kunnen betekenen. Het Zorgberaad Halderberge met daarin vertegenwoordigers van zorgaanbieders en het Zorgkantoor levert hieraan een bijdrage.
- **De vraag staat centraal.**  
De behoeften en wensen van de mensen staan centraal en niet de stelsels of sectoren die de zorg leveren.
- **SMART formuleren**  
In deze nota zijn de resultaten zo veel mogelijk SMART geformuleerd. Het bevorderen van een gezonde leefstijl is echter niet gemakkelijk. Inwoners zijn immers vrij in hun keuzes en preventiebeleid is een kwestie van lange adem. De genoemde percentages zijn daarom te beschouwen als streefpercentages. De veranderingen in de trends zullen worden gevolgd via de monitor die de GGD jaarlijks uitbrengt voor één van de doelgroepen. Dat beleid om gezondheid te bevorderen wel loont, blijkt overigens uit een onderzoek van Pricewaterhouse Coopers uit 2010<sup>8</sup>. Een samenvatting van het onderzoek is opgenomen in de bijlagen.

---

<sup>8</sup> 'Prevention pays for everyone, PWC, 2010

#### **6.4 Prioriteiten 2012 – 2015.**

Naast de bovengenoemde algemene beleidsuitgangspunten worden voor 2012 – 2015 de onderstaande inhoudelijke prioriteiten gesteld. Deze prioriteiten zijn gebaseerd op het bestaande volksgezondheidsbeleid, het landelijke beleid, de cijfers over de gezondheid van Halderbergse inwoners en de opbrengst uit de interactieve aanpak.

1. Het aanbieden van prenatale voorlichting aan ouders;
2. Het tegengaan van overgewicht, roken en schadelijk alcoholgebruik bij jongeren;
3. Het tegengaan van drugsgebruik onder jongeren in het algemeen en onder hanggroepjongeren in het bijzonder;
4. Het stimuleren van 'succesvol ouder worden' door
  - a. invulling te geven aan de preventieve ouderengezondheidszorg met aandacht voor de eenzaamheidsproblematiek;
  - b. verbetering van de gezondheidspositie van allochtone ouderen met prioriteit aan de diabetesproblematiek en het vergroten van de bekendheid van zorgvoorzieningen.



## 7. Doelstellingen, resultaten en acties.

In dit hoofdstuk wordt aangegeven hoe de gemeente in de komende vier jaar invulling geeft aan de gestelde prioriteiten. Hier wordt ook de jeugdgezondheidszorg benoemd. De overige taakvelden (algemene bevorderingstaken en infectieziektenbestrijding) die in dit beleidsplan moeten zijn opgenomen, vallen onder het basistakenpakket van de GGD en zijn in hoofdstuk 2 al vermeld.

### 7.1 Prenatale voorlichting.

Goede prenatale voorlichting werkt preventief en bereidt aanstaande ouders voor op wat komen gaat, wijst op mogelijke risico's en geeft informatie over hulp en ondersteuning. Als aanstaande ouders goed geïnformeerd zijn en de weg naar ondersteuning en hulp weten te vinden, kunnen eventuele problemen voor het kind of het gezin worden voorkomen of in een vroegtijdig stadium worden onderkend en aangepakt.

De gemeente heeft de wettelijke taak prenatale voorlichting aan te bieden. Hoe dat gebeurt, bepaalt de gemeente zelf. In Halderberge is al gestart met het bieden van prenatale voorlichting. Voor de prenatale voorlichting vindt de gemeente het belangrijk dat:

- de prenatale voorlichting in Halderberge wordt aangeboden;
- er een goede samenwerking is tussen de verloskundigen, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en het Centrum voor Jeugd & Gezin;
- de (aanstaande) ouders met de voorlichting ook daadwerkelijk worden bereikt;
- gezondheids- en ontwikkelingsrisico's bij het (on)geboren kind vroegtijdig worden gesignaleerd en er toeleiding is naar passende ondersteuning en/of hulp.

<b>Doelstelling prenatale voorlichting</b> De kans op een goede start voor kinderen zo groot mogelijk te maken door (aanstaande) ouders goed en laagdrempelig te informeren over wat komen gaat, hen te wijzen op de risico's en informatie te geven over instanties die zorg, hulp of ondersteuning kunnen bieden.
<b>Resultaat</b> 1. Op jaarbasis zijn tenminste 120 zwangere vrouwen en hun partners door de samenwerkende zorgpartners geïnformeerd over zwangerschap, bevalling en de eerste periode daarna; 2. bij aanstaande ouders uit risicogroepen vindt vroegsignalering van de risicofactoren voor het nog ongeboren kind plaats met zonodig toeleiding naar passende hulp.
<b>Acties</b> 1. <i>Bijeenkomsten prenatale voorlichting:</i> Op het Centrum Jeugd & Gezin bieden de gezamenlijke zorgpartners (verloskundigen, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, CJG) 8 maal per jaar een bijeenkomst prenatale voorlichting aan. De bijeenkomsten staan open voor alle aanstaande moeders en hun partners uit de gemeente Halderberge. Er wordt gericht PR gevoerd. 2. <i>Prenatale huisbezoeken bij risicodoelgroep.</i> Door de jeugdgezondheidszorg wordt bij aanstaande moeders behorend tot een risicogroep <sup>9</sup> een prenataal huisbezoek afgelegd. Zo nodig wordt begeleiding of toeleiding naar passende zorg ingezet. Het aantal huisbezoeken wordt jaarlijks bepaald.

<sup>9</sup> Risicofactoren zijn o.a. psychiatrische problematiek bij de ouders, verslavingsproblemen, verstandelijke beperking bij de ouders, ongewenste zwangerschap, tienermoeder, huiselijk geweld.

## **7.2 Jeugdgezondheidszorg**

Ingevolge de Wpg dient het college zorg te dragen voor uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in de gemeente. Voor de JGZ is landelijk een basistakenpakket vastgesteld, dat bestaat uit een uniform deel (landelijk aanbod aan alle kinderen) en een maatwerk deel (afgestemd op lokale behoefte). De JGZ is nu verdeeld: 0 tot 4 jaar wordt bediend door thuiszorgorganisaties (consultatiebureaus) en 5-19 jarigen door GGD West-Brabant.

De JGZ is een belangrijke partij die ouders en jeugdigen kan ondersteunen bij het gezond opgroeien. De JGZ heeft aandacht voor de leefsituatie en gezonde leefstijl van het kind en let hierbij ook op eventuele opvoedingsproblemen. Hierbij dient de JGZ in te spelen op de prioriteiten in leefstijl (tegengaan overgewicht, roken, alcohol) die de gemeente Halderberge heeft gesteld.

### *Integrale jeugdgezondheidszorg*

Halderberge werkt samen met de andere gemeenten in West-Brabant aan het realiseren van de integrale JGZ (iJGZ). Hiervoor is een regionale visie opgesteld. Samengevat houdt deze in dat er een integrale JGZ dient te zijn die de natuurlijke ontwikkeling van kinderen volgt en die wordt uitgevoerd in een doorlopende lijn zonder merkbare overdrachtsmomenten met extra aandacht op cruciale leeftijdsfasen (o.a. 4-6 jaar, 11-14 jaar). Het huidige schakelmoment op 4-jarige leeftijd doet hieraan onvoldoende recht (overgang zorg van consultatiebureau naar GGD). De iJGZ dient aansluiting te hebben in de totale jeugdketen van -9 maanden tot 23 jaar en is een belangrijke partner in het CJG en bij de transitie van de jeugdzorg. Regionaal worden afspraken gemaakt over kaders, uitgangspunten en dienstverleningspakketten van de iJGZ. Besluitvorming over de afname van het lokale dienstverleningspakket vindt door de individuele gemeente plaats. Voor de iJGZ wordt de regionale samenwerking voortgezet met dien verstande dat er ruimte dient te blijven voor lokale inhoudelijke sturing.

### *Nieuwe werkwijze JGZ.*

De GGD heeft voor de JGZ een nieuwe werkwijze ingevoerd. Met deze nieuwe aanpak wordt meer gefocust op risicokinderen. Doktersassistenten worden ingezet voor de eerste screening van alle kinderen, artsen en verpleegkundigen voor die van de risicokinderen. Om de risicokinderen in beeld te krijgen, is vertegenwoordiging van de JGZ in de zorg(advies)team op de scholen nodig. Hiermee kan ook de preventieve taak van de zorg(advies)teams meer vorm worden gegeven. De aansluiting tussen de zorg(advies)teams en het CJG dient te worden gerealiseerd. Binnen het jeugdbeleid is hier aandacht voor.

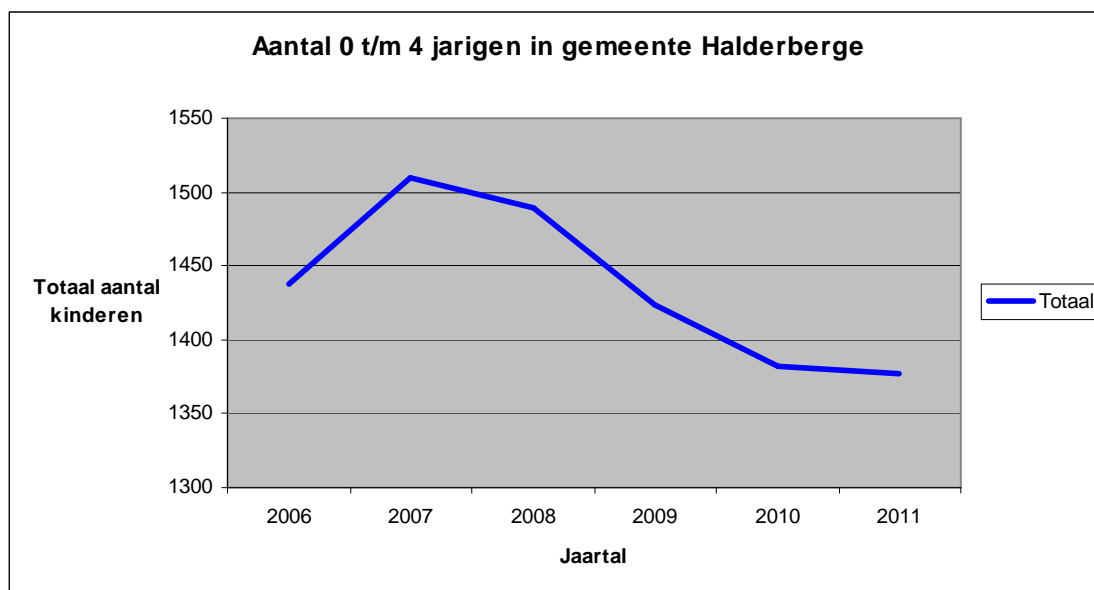
### *Huisvestingsscenario consultatiebureaus.*

De jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen wordt fysiek aangeboden vanuit de consultatiebureaus. Ouders kunnen via een afspraak op dit bureau terecht voor het arts-/verpleegkundige consult. Daarnaast zijn er voor ouders inloopsprekken. Deze zijn bedoeld om vrijblijvend binnen te lopen voor vragen over verzorging, voeding, opgroeien en opvoeding van het kind. In Halderberge zijn de consultatiebureaus gespreid over de verschillende kernen.

Het aantal kinderen in Halderberge daalt. Dit betekent minder consulten en minder gebruik van ruimten. Onderstaand is een overzicht gegeven van het aantal 0-4

jarigen<sup>10</sup>, uitgesplitst per kern, in de periode 2006 t/m 2011.

	0 t/m 4 jarigen					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Oudenbosch	551	595	602	591	597	629
Oud Gastel	360	389	386	366	357	326
Hoeven	351	344	333	316	291	280
Bosschenhoofd	96	95	93	83	69	76
Stampersgat	79	86	75	68	68	66
<b>Totaal</b>	<b>1437</b>	<b>1509</b>	<b>1489</b>	<b>1424</b>	<b>1382</b>	<b>1377</b>



Daarnaast zijn de wensen van de klant veranderd. Beide ouders werken. Zij willen ruime keuzemogelijkheden in de openingstijden en gaan vaak op eigen initiatief al naar de grotere locaties. Bovendien geldt dat kwaliteitszorg bij beperkte openingstijden niet altijd meer valt te garanderen. Zo staat de uitvoering van het rijksvaccinatieprogramma in de kleine kernen onder druk vanwege de beperkte openingstijden. Voor de huisvesting van de bureaus gelden steeds hogere eisen op het gebied van bv veiligheid en ICT-voorzieningen (elektronisch kinddossier). Tot slot heeft de gemeente te maken met krimpende budgetten.

Om binnen de afnemende middelen toch kwalitatief hoogwaardige JGZ te kunnen blijven bieden die inspelt op de klantbehoefte geldt voor de huisvesting van de consultatiebureaus het volgende toekomstscenario.

1. Het **consultatiebureau wordt centraal vanuit Oudenbosch** aangeboden. Dit betekent dat ouders voor de arts- en verpleegkundige consulten terecht kunnen op het bureau in Oudenbosch. Uitgangspunt is dat met centralisering een goed geoutilleerd bureau met ruime openingstijden kan worden geboden. Centralisering dient te leiden tot kostendaling gelet op de lagere huisvestingskosten en efficiëntere werkwijze.

<sup>10</sup> Bron: GBA

2. Voor het bureau is **gezamenlijke huisvesting** met kernpartners het streven. Het streven naar een integraal en efficiënt aanbod is leidend, organisatiebelangen zijn hieraan ondergeschikt. Flexibiliteit is een belangrijke voorwaarde. Gezamenlijke huisvesting draagt bij aan inhoudelijke afstemming en samenwerking.
3. Om in te spelen op de klantbehoefte kent het consultatiebureau een **avond- en weekendopenstelling**. De klantbehoefte wordt blijvend gepeild via o.a. enquêtes. De openstelling en bereikbaarheid wordt –binnen de beschikbare middelen- afgestemd op veranderende klantbehoefte.
4. In **ieder dorp wordt een inloopspreekuur** aangeboden om ouders laagdrempelig de gelegenheid te bieden gebruik te maken van opvoedingsondersteuning. Om de behoefte van ouders aan deze vorm van ondersteuning te peilen, wordt de opkomst op deze inloopspreekuren gemonitord. Minimaal gebruik van de inloopspreekuren zal aanleiding zijn tot verdere centralisering van dit aanbod.

<p><b>Doelstelling jeugdgezondheidszorg:</b> De gezondheid en ontwikkeling van de Halderbergse kinderen en jongeren bevorderen, beschermen en bewaken.</p>
<p><b>Resultaten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een aanbod van integrale jeugdgezondheidszorg voor 0–19 jarigen dat voldoet aan de gemeentelijke visie;</li> <li>• Een bereik van tenminste 97% van alle 0-19 jarigen via het uniforme deel van het basistakenpakket JGZ;</li> <li>• Eén centraal, goed geoutilleerd consultatiebureau met ruime openstellingstijden inclusief avond- en weekendopenstelling.</li> </ul>
<p><b>Acties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het jaarlijks afsluiten van één contract tussen gemeente en betrokken JGZ-instelling(en) over de afname van de iJGZ;</li> <li>• De aansluiting tussen de zorg(advies)teams in het onderwijs en het CJG vormgeven en hierover afspraken maken met de betrokken partners;</li> <li>• Het huisvestingsscenario voor de consultatiebureaus uitvoeren.</li> </ul>

### **7.3 Tegengaan van overgewicht bij jongeren.**

Door overgewicht of obesitas (ernstig overgewicht) neemt de kans op tal van ziekten en chronische aandoeningen, zoals diabetes, kanker en psychische klachten, toe. In Halderberge heeft 12% van de 2-12 jarigen (470 kinderen) overgewicht en 15% van het aantal 12-15 jarigen (381 jongeren).

Voor de fysieke omgeving leggen wij voor de periode 2012 – 2015 de nadruk op sporten en bewegen. Door een breed georganiseerd sportaanbod in Halderberge worden jongeren in staat gesteld om te kunnen sporten en bewegen vanuit hun eigen interesse, in een bereikbare en geschikte omgeving en tegen een betaalbare prijs. Wij verwijzen voor dit onderdeel naar de Sportnota 'Halderberge in beweging' waarin het sport- en beweegbeleid is vastgelegd.

Voor het bevorderen van een gezonde leefstijl geldt het uitgangspunt dat mensen zelf beslissen over wat ze wel of niet mogen. Om de gezonde keuze te kunnen maken, dienen kinderen/jongeren en hun ouders te beschikken over betrouwbare en toegankelijke informatie op het gebied van gezonde voeding en beweging. Vroegtijdige signalering van overgewicht en een goede ondersteuning is van belang om het overgewicht van kinderen terug te dringen en/of hun weerbaarheid en

zelfvertrouwen te verstevigen. De jeugdgezondheidszorg met haar consultatiebureaus en schoolartsen speelt hierin een belangrijke rol.

Het beste resultaat voor het terugdringen van overgewicht wordt bereikt met een integrale aanpak waarin preventieactiviteiten niet op zichzelf staan, maar elkaar ondersteunen. In 2011 is een eerste pilot voor deze aanpak gestart. GGD West-Brabant, Thuiszorg West-Brabant en Surplus-Welzijn voeren in samenwerking met de Brede School een project uit om overgewicht bij jongeren tegen te gaan. Een werkgroep waarin deze partijen zijn vertegenwoordigd, heeft de opzet voorbereid. Gezamenlijk is geïnventariseerd welk aanbod er al is en waar de lacunes zijn. Dit heeft geleid tot een concreet uitvoeringsplan met activiteiten die op elkaar zijn afgestemd en elkaar versterken. Het plan wordt uitgevoerd in samenwerking met het basisonderwijs, voortgezet onderwijs, peuterspeelzaalwerk en kinderopvang en richt zich op de jeugd in verschillende leeftijdsfasen en hun ouders met speciale aandacht voor allochtonen. Er is aandacht voor zowel voeding als bewegen. Deze samenhangende aanpak wordt voortgezet. In de komende periode wordt de eerstelijnszorg hierbij betrokken.

<b>Doelstelling tegengaan overgewicht jongeren</b> Toename van de volksgezondheid door het tegengaan van overgewicht bij 0-19 jarigen.
<b>Resultaat</b> Het percentage jeugdigen met overgewicht stabiliseert zich op het niveau van 2008 voor 0-12 jarigen (12%) en het niveau van 2007 voor 12-19 jarigen (15%).  De veranderingen in trends worden gevolgd in de door GGD West-Brabant uit te brengen monitors.
<b>Acties</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Binnen de jeugdgezondheidszorg wordt individuele voorlichting en advies geboden over overgewicht bij kinderen/jongeren;</li><li>• Voortzetting van het project "Tegengaan overgewicht bij jongeren" en de afstemming met de eerstelijnszorg hierover realiseren;</li><li>• In overleg met de zorgverzekeraar(s) bezien welke mogelijkheden er zijn om de preventie binnen de zorg en de collectieve preventie meer op elkaar af te stemmen;</li><li>• De mogelijkheden om JOGG<sup>11</sup>-gemeente te worden verkennen, eventueel in samenwerking met andere gemeenten in West-Brabant.</li></ul>

#### **7.4 Tegengaan roken en overmatig alcoholgebruik door jongeren.**

Roken schaadt de gezondheid. Dit geldt ook voor passief (mee)roken en voor ongeboren kinderen die een rokende moeder hebben. Van de totale ziektelast is 20% toe te schrijven aan gezondheidsgevolgen van roken. In Halderberge heeft 2% van de 8-12 jarigen (78 kinderen) al wel eens gerookt en rookt 7% van 12 -19 jarigen (178 jongeren) dagelijks. Drie op de tien jongeren (763 jongeren) rookt thuis passief mee.

Over de gevolgen van alcohol bij kinderen is de laatste jaren steeds meer bekend geworden: alcohol kan tijdens de groei ernstige hersenschade veroorzaken, wat invloed kan hebben op leerprestaties. Bovendien hebben jongeren die vroeg beginnen met drinken, een grotere kans op alcoholproblemen of verslaving op latere leeftijd. In Halderberge heeft 9% van de 8-12 jarigen (353 kinderen) al eens alcohol gedronken, was 37% van de 16-19 jarigen in West-Brabant de afgelopen maand dronken en doen 3 op de 10 jongeren in Halderberge (738 jongeren) aan bingedrinken<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> JOGG staat voor Jongeren op Gezond Gewicht en is een lokale, intersectorale aanpak waarbij jongeren en ouders centraal staan en waar het bedrijfsleven bij wordt betrokken.

<sup>12</sup> Meer dan 5 glazen per keer

Er blijkt samenhang te zijn tussen roken, cannabisgebruik en alcoholgebruik bij jongeren tussen de 12 en 16 jaar<sup>13</sup>. De verslavingspreventie gericht op het tegengaan van roken, overmatig alcohol- en drugsgebruik wordt samenhangend aangepakt. Roken en alcohol wordt in deze paragraaf benoemd, drugs in paragraaf 7.5.

De gemeente streeft met haar beleid na dat roken, alcoholgebruik onder de 16 jaar en het overmatig alcoholgebruik bij jongeren vanaf 16 wordt teruggedrongen. Hiervoor richt het beleid zich op het weerbaar maken van jongeren, zodat zij bewuste eigen keuzes kunnen maken in het omgaan met genotmiddelen. De gemeente zet een integrale aanpak in die zich richt op zowel voorlichting&educatie, vroegsignalering met toeleiding naar zorg en regelgeving en handhaving.

#### *Voorlichting & educatie.*

De rol van de ouders is belangrijk. Ouders en opvoeders vormen immers de basis en bepalen een aantal cruciale randvoorwaarden voor gezond leven. Om hen te informeren over de risico's van roken en schadelijk alcoholgebruik dienen de bestaande kanalen zo veel mogelijk te worden benut (jeugdgezondheidszorg, CJG, verloskundigen) en wordt aanvullende collectieve voorlichting geboden. Het doel is om enerzijds ouders beter te laten communiceren met hun kinderen over alcoholgebruik, zodat deze later beginnen met alcoholgebruik of minder alcohol gaan drinken en anderzijds jongeren beter weerstand te laten bieden tegen de druk om alcohol te gaan drinken. De ervaring leert dat de opkomst van ouders op informatieavonden laag is. Bij het organiseren van de voorlichting wordt gezocht naar vormen die meer kans bieden op een hogere opkomst. Scholen zijn hierbij een belangrijke uitvoeringspartner. Voor een succesvolle aanpak is draagvlak voor alcoholmatiging bij de scholen van groot belang.

#### *Vroegsignalering met toeleiding naar zorg.*

De professionals in de gemeente in de sectoren zorg, welzijn en onderwijs dienen riskant middelengebruik te (kunnen) herkennen, bespreekbaar te maken en zonodig toe te leiden naar zorg. De samenwerking en afstemming tussen zorg(advies)teams op de scholen, het CJG, het Jeugd Preventie Overleg en het Veiligheidshuis is hierbij van belang. Voor de afstemming met het Veiligheidshuis geldt, dat dit in regionaal verband moet worden opgepakt. Binnen het jeugdbeleid is hier aandacht voor.

#### *Regelgeving en handhaving.*

De Drank- en Horecawet wordt naar verwachting gewijzigd. Deze wijziging is o.a. gericht op het terugdringen van het alcoholgebruik onder vooral jongeren om gezondheidsschade en verstoring van de openbare orde te voorkomen. Jongeren onder de 16 jaar worden strafbaar gesteld als ze alcohol in bezit hebben op de openbare weg en in de horeca. Met dit voorstel worden nieuwe bevoegdheden aan de gemeenteraad toegekend (toegangsleeftijden in relatie tot sluitingstijden en regulering van prijsacties). Daarnaast gaan gemeenten toezicht houden op de naleving van de Drank- en Horecawet (nu: Voedsel- en Warenautoriteit). De inwerkingtreding van de wet zal, afhankelijk van de behandeling in de Eerste Kamer, zijn 1 januari 2012 of 1 juli 2012.

In Halderberge wordt door middel van handhaving in de openbare ruimte riskant middelengebruik, verslaving en daarmee samenhangende overlast verminderd. Wij verwijzen voor dit onderdeel ook naar de Veiligheidsnota.

---

<sup>13</sup> Bron: RIVM Centrum Gezond Leven

*Regionale alcoholcampagne "Think before you drink".*

Naast de lokale aanpak neemt de gemeente deel aan de regionale alcoholcampagne 'Think before you drink' (TBYD). In deze aanpak werken de 18 gemeenten uit West-Brabant, GGD West-Brabant, Novadic-Kentron en politie samen. De regionale aanpak loopt t/m 2013 en is nodig omdat de leefwereld van jongeren niet ophoudt bij de gemeentegrens. Jongeren gaan voor bv. sport, school en uitgaan vaak over die grens heen.

Binnen TBYD wordt regiobreed een grote publiekscampagne uitgevoerd met als doel de kennis bij jongeren en hun ouders over de schadelijke gevolgen van alcohol te vergroten en om meer draagvlak te verkrijgen voor het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren. In de campagne is aandacht voor social media. Daarnaast zijn er inspanningen op het gebied van Drank- en Horecawetgeving (afstemming nieuwe taken DHW toezicht), voor de Halt-aanpak (een vernieuwde aanpak waarbij ook de ouders worden betrokken), alcoholintoxicatie (in samenwerking met de ziekenhuizen is een protocol vastgesteld waardoor bij opname nu ook nazorg door Novadic-Kentron geboden wordt) en de aanpak voor hokken&keten (project Keetkeur, in eerste instantie gericht op het zich kenbaar maken van hokken&keten). TBYD heeft ook 'alcohol&sportkantines' als speerpunt benoemd.

**Doelstelling:**

Toename van de volksgezondheid door het tegengaan van roken en schadelijk alcoholgebruik onder jongeren.

**Resultaat**

- Het percentage jongeren dat rookt stabiliseert zich op 7%;
- Het percentage 12–15 jarigen dat alcohol heeft gedronken, daalt naar 6% (2008 8%) ;
- Het percentage binge-drinkers onder de 16-18 jarigen daalt naar 22% (2007 33%)

De veranderingen in trends worden gevolgd in de door GGD West-Brabant uit te brengen monitors.

**Acties**

- De gemeente treedt in overleg met de zorgverzekeraar(s) om te bezien welke mogelijkheden er zijn om de preventie binnen de eerstelijnszorg en de collectieve preventie meer op elkaar af te stemmen.
- Gemeente neemt deel aan landelijke voorlichtingscampagnes over roken.
- De jeugdgezondheidszorg licht ouders en kinderen individueel voor over de risico's van roken en adviseert te stoppen.
- Het organiseren van een jaarlijkse themamaand verslavingspreventie waarbij het thema in de verschillende domeinen (onderwijs, vrije tijd) extra wordt belicht;
- Uitvoering van het project Gezonde School en Genotmiddelen op zowel het voortgezet als het basisonderwijs (bij voorkeur als onderdeel van de themamaand);
- Onderzoeken op welke wijze ouders extra kunnen worden voorgelicht over de gezondheidsrisico's van roken en schadelijk alcoholgebruik door jongeren.
- Onderzoek naar de mogelijkheden voor een informatieavond voor beginnende bestuurders over de risico's van alcoholgebruik in het verkeer. Ouders hierbij betrekken.
- De relevante partijen in het domein 'vrije tijd' (jongerenwerk, sportverenigingen) deskundigheidsbevordering aanbieden zodat zij vroegtijdig riskant middelengebruik leren herkennen en op de hoogte worden gesteld van de verwijsmogelijkheden. Ook voor ouders een aanbod ontwikkelen.
- Via de Algemene Plaatselijke Verordening een verbod instellen voor het gebruik van alcohol door jongeren onder de 16 jaar op straat.
- Nadat de gewijzigde drank- en horecawet van kracht is geworden en hierover nader beleid is geformuleerd, het toezicht en de handhaving intensiveren en jongeren/ouders hierover informeren.
- De producten uit de regionale campagne TBYD lokaal implementeren tenzij er strijdigheid is met het lokale beleid.

### **7.5 Tegengaan drugsgebruik onder jongeren.**

Volgens de GGD-jongerenmonitor (2007) gebruikte 4% van de jongeren (101 jongeren) in Halderberge cannabis. Voor harddrugs (XTC) was dit 0,2% (5 jongeren). Uit het veldwerkonderzoek van Novadic-Kentron naar het drugsgebruik onder hanggroepjongeren in Halderberge blijkt dat hanggroepjongeren een kwetsbare groep zijn. Zij gebruiken meer drugs dan andere jongeren. Het alcoholgebruik is volgens Novadic vergelijkbaar met dat van andere jongeren in Nederland. Bij kwetsbare jongeren maakt overmatig middelengebruik vaak deel uit van bredere problematiek waaronder frequent schoolverzuim, overlast en crimineel gedrag. Daarom dienen preventie en zorg goed op elkaar te zijn afgestemd.

De aanpak van drugsgebruik is integraal. Ook hier gelden de pijlers voorlichting&educatie, vroegsignalering met toeleiding naar zorg en regelgeving-handhaving. In de aanpak wordt verschil gemaakt tussen de doelgroepen, waarbij de hanggroepjongeren als speciale doelgroep worden aangemerkt. De universele preventie (aangeboden aan alle jongeren en ouders) richt zich op het weerbaar maken van de jongeren en het informeren van de ouders. Deze aanpak is onderdeel van de voorlichting over gebruik van genotsmiddelen (roken, alcohol, drugs). Het uitvoeren van het project Gezonde School en Genotmiddelen is hier een voorbeeld van.

Indien jongeren al drugs gebruiken, is het belangrijk dat de aanpak is afgestemd op de fase van het gebruik waarin de jongere verkeerd. In de (beginnende) experimenteerfase gaat het doorgaans om minderjarige jongeren die nog thuis wonen. Hier is het belangrijk dat de zorgen over het drugsgebruik van de jongeren met de ouders worden gedeeld en dat zij advies krijgen wat ze hier aan kunnen doen. Indien er sprake is van frequent of ernstig gebruik is de invloed van ouders vaak afgenomen. Met gerichte preventieprogramma's van jongeren/straathoekwerk en Novadic-Kentron wordt gewerkt aan weerbaarheid, sociale vaardigheden en hulp bij leefproblemen. Bij erg complexe, meervoudige problematiek kan uiteindelijk bemoeizorg van Novadic-kentron worden ingezet.

Ook bij drugsgebruik geldt dat problemen in een vroeg stadium moeten worden gesignaleerd en dat er snel hulp wordt geboden waar nodig. De afstemming tussen de zorgstructuren is eveneens van belang. Wij verwijzen hiervoor naar het gestelde onder 7.4.

Naast afstemming is ook duidelijkheid over de mogelijkheden voor doorverwijzen en hulp een belangrijke voorwaarde. Een beknopt stroomschema dient inzage te geven over het hulpaanbod, de aanmeldprocedures en toelatingscriteria.

Behalve voorlichting en vroegsignalering wordt ook door middel van handhaving riskant middelengebruik, verslaving en daarmee samenhangende overlast verminderd. Wij verwijzen voor dit onderdeel ook naar de Veiligheidsnota.

#### **Doelstelling tegengaan drugsgebruik onder jongeren:**

Toename van de volksgezondheid door het tegengaan van drugsgebruik onder jongeren.

#### **Resultaat:**

- Het percentage jongeren dat cannabis gebruikt, stabiliseert zich op het niveau van 2007 (4%)
  - Het percentage jongeren dat harddrugs gebruikt, stabiliseert zich op het niveau van 2007 (0,2%)
  - Het percentage hanggroepjongeren dat cannabis gebruikt, is gedaald ten opzichte van 2011 (43%)
  - Het percentage hanggroepjongeren dat harddrugs gebruikt, is gedaald ten opzichte van 2011 (17%)
- De veranderingen in trends worden gevolgd in de door GGD West-Brabant uit te brengen monitors en een nieuw uit te voeren veldwerkonderzoek.



**Acties:**

- Universele preventie aanbieden in samenhang met de aanpak tegengaan alcoholgebruik (waaronder Gezonde School en Genotmiddelen). Hierbij ook aandacht voor verslavingsherkenning door ouders.
- Onderzoek naar de mogelijkheden voor een verbod in de APV tot het gebruik van drugs op straat.
- Ouders van wie de zoon/dochter drugs gebruikt op straat hierover informeren, nader onderzoek naar de wijze waarop dit moet gebeuren.
- Jongeren die zijn betrokken bij een incident dat is gerelateerd aan alcohol of drugsgebruik tezamen met hun ouders doorverwijzen naar buro Halt.
- Aanbod van preventieprogramma's voor (hanggroep)jongeren die al drugs gebruiken, uitgevoerd door jongeren/straathoekwerk en Novadic-Kentron.
- Bemoeizorg inzetten indien voorliggende interventies niet hebben gewerkt.
- Opstellen van een stroomschema voor jongeren, welzijnswerkers, politie e.a. over hulpaanbod, toelatingscriteria en aanmeldprocedure van o.a. Novadic-Kentron, GGZ, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, woningbouwcorporatie.
- Relevante partijen die vanuit hun (vrijwilligers)werk in Halderberge met jongeren in aanraking komen deskundigheidsbevordering aanbieden zodat zij vroegtijdig riskant middelengebruik leren herkennen en op de hoogte worden gesteld van de verwijsmogelijkheden.
- Uitvoering van een veldwerkonderzoek naar de aard en omvang van het alcohol- en drugsgebruik onder hanggroepjongeren in 2015.

**7.6 Preventieve ouderengezondheidszorg.****7.6.1 Kerngerichte aanpak voor samenhang en afstemming.**

Het aantal ouderen neemt in de komende decennia verder toe. Het thema 'succesvol ouder worden' wordt daarom steeds belangrijker. Voor Halderberge laten de bevolkingsprognoses het volgende beeld<sup>14</sup> zien.

Gemeente Halderberge					
Prognose aantal 65+ers t/m 2040					
	2011	2015	2020	2030	2040
65-74 jaar	10,8%	13%	14%	14,7%	13,4%
75+	7,1%	7,9%	9,3%	12,5%	14,8%
Totaal 65+	17,9%	20,9%	23,3%	27,2%	28,2%

Succesvol ouder worden is afhankelijk van veel factoren zoals sociale participatie, geestelijke gezondheid, fysieke en sociale omgeving, voeding, lichamelijke activiteit, letselpreventie, geneesmiddelengebruik en ge-/misbruik van genotmiddelen. De behoeften van ouderen zijn erg verschillend en 'de oudere' bestaat niet.

Uit landelijke gegevens<sup>15</sup> blijkt dat er in gemeenten een groot aanbod van uiteenlopende activiteiten op het gebied van preventieve ouderengezondheidszorg is, maar dat er weinig samenhang is en dat het overzicht ontbreekt. Dit beeld is voor de gemeente Halderberge bevestigd tijdens de interactieve bijeenkomsten ter voorbereiding op de nota. Het is daarom geen kwestie van het ontwikkelen van nieuw aanbod, een nieuw loket of een nieuw bureau in Halderberge, maar van het koppelen van bestaande lokale initiatieven en voorzieningen op het gebied van preventie en daarnaast zorgen voor afstemming met de curatieve zorg. Hiermee wordt klein begonnen, in één kern van de gemeente. Per kern zijn er immers verschillen in bestaande structuur en problematiek. De ouderen worden bij de aanpak betrokken.

Daarnaast bieden veranderingen binnen de Wmo (de Kanteling) en de overheveling van de functie 'begeleiding' van de AWBZ naar de Wmo mogelijkheden om preventie aan te bieden of daarnaar te verwijzen. Een belangrijke rol is weggelegd voor de

<sup>14</sup> Ontwikkeling van de bevolking in Noord-Brabant, 2008 – 2040, Provincie Noord-Brabant

<sup>15</sup> 'Zorg voor morgen' 2009 Vilans

functie van de wijkzuster die cliëntgericht werkt en die nauw samenwerkt met huisarts en/of praktijkondersteuner. Zij kan functioneren als schakel tussen preventie/welzijnsvoorzieningen en de curatieve zorg.

Het bestaande aanbod van maatschappelijke organisaties dient inzichtelijk te zijn. Een sociale kaart is dan van belang. In het Wmo-beleidsplan is hier aandacht voor.

<p><b>Doelstelling:</b> Toename van de volksgezondheid van ouderen door belemmeringen voor 'succesvol ouder worden' op te sporen en op te lossen.</p>
<p><b>Resultaat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het percentage eenzame ouderen daalt (2009: 45%)</li> <li>• Het percentage ouderen dat gebruikt maakt van welzijnsvoorzieningen stijgt naar 37% (2009: 31%)</li> </ul> <p>De veranderingen in trends worden gevolgd in de door GGD West-Brabant uit te brengen monitors.</p>
<p><b>Acties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvoering van het project 'Wijkgericht werken aan gezondheid' in één kern en daarna gefaseerd uitbreiden. Onder coördinatie van de GGD wordt in een voorbereidende fase de lokale problematiek en het lokale preventieaanbod geïnventariseerd door interviews met sleutelfiguren (waaronder huisarts, wijkzuster, coördinatoren steunpunt, ouderenbonden en ouderen zelf). Hierbij is aandacht voor het thema 'eenzaamheid'. Op basis hiervan wordt een plan van aanpak opgesteld voor versterking van de preventie. Uitvoering in samenwerking met GGZ, eerstelijnsgezondheidszorg, thuiszorgorganisaties, maatschappelijk werk, lokale organisaties (o.a. ouderenbond) en woningbouwcorporatie.</li> <li>• Overleg met Zorgkantoor en zorgverzekeraar over hun inbreng en medewerking bij de uitvoering van het plan van aanpak.</li> <li>• Preventieve ouderengezondheidszorg betrekken bij de beleidsformulering voor 'de Kanteling' en de overheveling van de functie 'begeleiding' van de AWBZ naar de Wmo.</li> </ul>

#### 7.6.2. Verbetering gezondheidspositie allochtone ouderen.

Diabetes is een ernstige chronische ziekte. Het RIVM voorspelt<sup>16</sup> dat in de periode 2005 – 2025 het aantal mensen met diabetes met een derde toeneemt. Mensen kunnen de ziekte hebben zonder dat zij het zelf weten. Zonder een passende leefstijl en goede behandeling krijgen veel patiënten complicaties. Een belangrijke rol spelen overgewicht, voeding, fysieke activiteiten en roken, vooral in combinatie met elkaar. In Halderberge heeft 35% van de allochtone ouderen (36 ouderen) diabetes mellitus.

De kennis van voorzieningen als Wegwijs en steunpunten is bij allochtone ouderen beperkt en zij maken hier geen gebruik van. Om met voorlichting de doelgroep te bereiken, is het van belang dat zij wordt betrokken bij de opzet van activiteiten. Daarnaast dient er continuïteit te zijn, zodat mensen via mond op mond reclame vanuit de eigen gemeenschap de activiteiten kunnen leren kennen.

<p><b>Doelstelling:</b> Toename van de volksgezondheid van allochtone ouderen door:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. diabetes en de complicaties hiervan te voorkomen danwel beperken;</li> <li>2. de bekendheid van (zorg)voorzieningen te vergroten.</li> </ol>
<p><b>Resultaat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• het percentage allochtone ouderen met diabetes stijgt met niet meer dan 5% (2009: 35%)</li> <li>• het percentage allochtone ouderen dat Wegwijs kent is gestegen tot 30% (2009: 23%)</li> </ul> <p>De resultaten worden gemeten via een nieuw GGD-onderzoek onder de doelgroep in 2015.</p>
<p><b>Acties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In een startbijeenkomst de mogelijkheden voor vroegsignalering bij en voorlichting aan allochtone ouderen over diabetes verkennen. Hiervoor worden benaderd de huisartsen/praktijkondersteuners, wijkzuster, apothekers, GGD, zorgverzekeraar, Avicenna en vertegenwoordigers van de doelgroep.</li> <li>• Een plan van aanpak opstellen voor PR van Wegwijs onder allochtone ouderen.</li> <li>• Stimuleren van beweegproject(en) voor allochtone ouderen.</li> <li>• Onderzoek naar gezondheidspositie onder allochtone ouderen in 2015</li> </ul>

<sup>16</sup> Kiezen voor gezond leven 2007 – 2010 Ministerie VWS

## 8. Planning

De in deze nota opgenomen acties worden als volgt gepland voor de periode 2012 – 2015.

Actie	2012	2013	2014	2015
Bijeenkomsten prenatale voorlichting	•	•	•	•
Prenatale huisbezoeken bij risicodoelgroep	•	•	•	•
Afsluiten één contract met JGZ-instellingen	•	•	•	•
Aansluiting tussen ZAT's onderwijs en CJG realiseren	•			
Huisvestingsscenario voor consultatiebureaus uitvoeren		•	•	•
Individuele voorlichting over overgewicht bij kinderen via JGZ	•	•	•	•
→ Voortzetting project Tegengaan overgewicht bij jongeren	•	•	•	•
→ Eerstelijnszorg hierbij betrekken		•	•	•
Overleg met zorgverzekeraar over afstemming preventie roken, alcohol en overgewicht		•	•	•
Mogelijkheden om JOGG gemeente te worden verkennen	•			
Deelnemen aan landelijke voorlichtingscampagnes over roken	•	•	•	•
Individuele voorlichting aan ouders en kinderen over de risico's van roken (JGZ)	•	•	•	•
Organiseren themamaand verslavingspreventie		•	•	•
Project Gezonde School en Genotmiddelen op basisonderwijs en voortgezet onderwijs	•	•	•	•
Extra voorlichting aan ouders over gezondheidsrisico's van roken en alcohol		•	•	•
Onderzoek naar de mogelijkheden van een informatieavond voor beginnende bestuurders over de risico's van alcohol en verkeer. Ouders hierbij betrekken.	•			
Via APV verbod instellen voor gebruik van alcohol door jongeren op straat	•	•	•	•
Intensiveren van toezicht en handhaving na wijziging van DHW en hierover geformuleerd beleid		•	•	•
Producten uit regionale campagne Think before you drink lokaal implementeren	•	•	•	•
Onderzoek naar de mogelijkheden om via APV verbod in te stellen op het gebruik van drugs op straat	•	•	•	•
Jongeren die zijn betrokken bij een drugs- of alcohol gerelateerd incident samen met hun ouders doorverwijzen naar bureau Halt	•	•	•	•
Ouders van wie de zoon/dochter drugs	•	•	•	•

gebruikt op straat hierover informeren, onderzoek naar de manier waarop dit moet gebeuren				
Aanbod preventieprogramma's voor (hanggroep)jongeren die al drugs gebruiken	•	•	•	•
Inzet bemoeizorg	•	•	•	•
Opstellen stroomschema		•		
Deskundigheidsbevordering voor partijen die met jongeren werken gericht op het vroegtijdig herkennen van riskant middelengebruik. Ook een aanbod voor ouders ontwikkelen.		•	•	•
Veldwerkonderzoek naar de aard en omvang van alcohol- en drugsgebruik onder hanggroepjongeren				•
Project 'Gericht werken aan gezondheid'	•	•	•	•
Overleg Zorgkantoor/-zorgverzekeraar over inbreng/medewerking aan project 'Gericht werken aan gezondheid'	•			
Preventieve ouderengezondheidszorg betrekken bij beleidsformulering De Kanteling en overheveling functie begeleiding naar AWBZ	•			
Startbijeenkomst aanpak vroegsignalering en voorlichting over diabetes allochtone ouderen	•			
Plan van aanpak opstellen voor PR van Wegwijs onder allochtone ouderen		•		
Stimuleren beweegproject(en) allochtone ouderen	•	•	•	•
Onderzoek naar gezondheidspositie allochtone ouderen				•

## 9. Financiële paragraaf.

In de gemeentebegroting is het gezondheidsbeleid opgenomen in de programma's Maatschappelijke ondersteuning en welzijn (onderdeel gezondheidszorg) en Onderwijs en jeugd (onderdelen jeugdbeleid en jeugdgezondheidszorg). Besluitvorming over de beschikbaar te stellen middelen vindt jaarlijks door de gemeenteraad plaats via de vaststelling van de gemeentebegroting. Het gaat hier zowel om middelen voor bestaand beleid als om middelen voor uitvoering van de lokaal gestelde prioriteiten in deze nota.

In de begroting 2012 zijn de volgende budgetten opgenomen voor uitvoering van het gezondheidsbeleid in de jaren 2012 – 2015. Ter vergelijking is de kolom over 2011 toegevoegd.

Omschrijving	2011	2012	2013	2014	2015
Algemene gezondheidszorg (GGD)	€ 327.300	€ 317.300	€ 307.900	€ 298.700	€ 304.500
Jeugdgezondheidszorg, uniform deel (GGD en TWB)	€ 580.400	€ 575.100	€ 568.300	€ 561.700	€ 565.900
Jeugdgezondheidszorg, maatwerk deel (TWB)	€ 33.700	€ 33.800	€ 34.500	€ 35.200	€ 35.900
EKD	€ 44.900	€ 44.900	€ 44.900	€ 44.900	€ 44.900
Bemoeizorg	€ 17.800	€ 18.500	€ 18.800	€ 19.200	€ 19.600
Verslavingspreventie *	€ 14.800	€ 14.800	€ 15.100	€ 15.400	€ 15.800
Uitvoering lokale prioriteiten **	€ 39.500	€ 25.000	€ 25.500	€ 26.000	€ 26.600
<b>Totaal</b>	<b>€ 1.058.400</b>	<b>€ 1.029.400</b>	<b>€ 1.015.000</b>	<b>€ 1.001.100</b>	<b>€ 1.013.200</b>

\* Project Gezonde School en Genotmiddelen op basisonderwijs en voortgezet onderwijs.

\*\* Met dit budget worden de projecten gefinancierd die invulling geven aan de gestelde prioriteiten, waaronder het project 'Tegengaan overgewicht bij jongeren' en het project 'Samen is Wijs' in het kader van de ouderengezondheidszorg. Bij het beschikbaar stellen van middelen uit dit budget zal worden getoetst aan de algemene beleidsuitgangspunten zoals genoemd in hoofdstuk 6.

## Lijst met afkortingen

AED	=	Automatische Externe Defibrillator
AWBZ	=	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
APV	=	Algemene Plaatselijke Verordening
CBO	=	Centraal BegeleidingsOrgaan
CGL	=	Centrum Gezond Leven
CJG	=	Centrum Jeugd& Gezin
COT	=	In zijn beginjaren stond COT voor Crisis Onderzoeksteam, dat recht deed aan de nadruk op (evaluatie)onderzoek. Met het uitbreiden van de dienstverlening en expertisevelden werd de naam veranderd in 'Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement'.
DHW	=	Drank- en Horecawetgeving
EKD	=	Elektronisch Kind Dossier
GGD	=	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	=	Geestelijke GezondheidsZorg
GHB	=	Gamma-Hydroxy-Butyraat (drugs)
iJGZ	=	integrale Jeugdgezondheidszorg
JGZ	=	Jeugdgezondheidszorg
JOGG	=	Jongeren op Gezond Gewicht
JPO	=	Jeugd Preventie Overleg
MASS	=	Maatschappelijk Steunsysteem
Ministerie van VWS	=	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Monshouwer et al.	=	Afkorting van Et alii, betekent een Latijnse uitdrukking die staat voor "en anderen".
PVA	=	Partnerschip Vroegsignalering Alcohol
PR	=	Public Relations
PwC	=	PricewaterhouseCoopers
RIVM	=	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SMART	=	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
TBYD	=	Think Before You Drink
TWB	=	Thuiszorg West – Brabant
UMC	=	Universitair Medisch Centrum
VWA	=	Voedsel en Warenautoriteit
Wajong	=	Werk- en arbeidsondersteuning jong gehandicapten
WHO	=	World Health Organisation
WMO	=	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WOK	=	Afdeling Kwaliteit van Zorg
WPG	=	Wet Publieke Gezondheid
Wvr	=	Wet veiligheidsregio's
ZAT	=	Zorg Advies Team

## **Bijlagen**

1. Gezondheid van Halderberge in cijfers (GGD West-Brabant)
2. Aanbevelingen uit Onderzoeksrapportage veldonderzoek onder hangjongeren in Halderberge (Novadic-Kentron)
3. Onderzoek 'Prevention pays for everyone' (PricewaterhouseCoopers).



West-Brabant

## **Gezondheid van Halderberge in cijfers.**

*Als aanzet voor het  
Volksgezondheidsplan 2012 – 2015.*

**Auteur:** Augustijn, J.A.S., van der Veecken, I.A.G.  
**Datum:** 10 februari 2010

**DMS:** 88545

© GGD West-Brabant



## 1. Jeugd 0-11 jaar (monitor 2008)

### Algemeen.

Het aandeel kinderen van de totale bevolking gaat de komende jaren dalen (tot 2025) met 18% wat gevolgen heeft voor de voorzieningen voor deze groep.

Er zijn meer ouders van jonge kinderen met een lage opleiding (20% vs 16% in West-Brabant) in Halderberge en minder met een hoge opleiding (14% vs 21%).

### Roken.

22% van de ouders (862 kinderen) vindt het acceptabel dat kinderen onder de 16 af en toe roken. In Halderberge zijn relatief veel kinderen (2% = 78 kinderen tegen 0,4% in West-Brabant) die al gerookt hebben in de leeftijd van 8 tot 12 jaar.

### Gewicht en beweging.

88% (3.450 inwoners) van de kinderen sport 2 keer per week op school (tegen 69% in West-Brabant). Er zijn meer kinderen die niet dagelijks groenten eten (41% = 1.607 inwoners vs 35% in West-Brabant).

Veel meer ouders (11% vs 8% in West-Brabant) vinden hun kinderen te zwaar. 12% van de kinderen (470 inwoners) in Halderberge heeft overgewicht (inclusief 2% obesitas) hetgeen vergelijkbaar is met het gemiddelde in West-Brabant.

Er is relatief weinig internetgebruik: in Halderberge gemiddeld 83 minuten per week tegen 102 in West-Brabant. Maar de jeugd kijkt meer tv/video/dvd (15% kijkt meer dan 2 uur per dag = 588 inwoners, West-Brabant 11%).

### Alcohol

Alcoholgebruik is bij deze jonge leeftijd nog niet vanzelfsprekend. Geen van de ondervraagde ouders gaf aan dat hun kind de afgelopen vier weken alcohol gedronken had. Wel gaf 9% (353 inwoners) aan dat hun kind (8 – 12 jaar) ooit al alcohol gedronken heeft. Veel ouders (56%, 2.195 kinderen) staan niet negatief tegenover een eerste slok alcohol onder de 16 jaar.

### Opvoeding.

Meer ouders (46% vs 41% in West-Brabant) ervaren soms tot vaak problemen bij opvoeding. In Halderberge ervaren meer ouders (17% vs 13% in West-Brabant) (zeer) veel stress bij de opvoeding.

### Voorzieningen.

Minder ouders in Halderberge (31% vs 43% in West-Brabant) maken gebruik van de kinderdagverblijven en ook minder gebruik van gastouderopvang (3% vs 6% in West-Brabant). De ouders hebben vaker problemen (51% vs 45% in West-Brabant) met (de snelheid van) het verkeer. Zij missen vaker een speeltuintje (42% vs 37% in West-Brabant) of trottoirs (29% vs 24% in West-Brabant).

## **2. Jongeren 12-18 jaar (monitor 2007)**

### Algemeen.

De gemeente Halderberge ontgroent. Het aandeel jongeren van 10-20 jaar neemt van 12% in 2007 naar 10% in 2025 af in een kleiner wordende populatie. De verwachte afname van het aantal jongeren zal mogelijk een effect hebben op het gewenste voorzieningenniveau in Halderberge in de toekomst.

De meeste jongeren ervaren de eigen gezondheid als goed tot uitstekend. Eén op de zes jongeren (407 inwoners) in de gemeente Halderberge ervaart de eigen gezondheid als matig tot slecht.

### Roken.

Zeven procent (178 inwoners) van de jongeren in Halderberge rookt dagelijks zelf en drie op de tien jongeren (763 inwoners) roken thuis passief mee. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met andere gemeenten in West-Brabant.

### Gewicht en beweging.

Overgewicht vormt één van de belangrijkste gezondheidsproblemen, zowel landelijk als in West-Brabant. Van de jongeren in Halderberge heeft 15% (381 inwoners) (matig tot ernstig) overgewicht en 2% (51 inwoners) ernstig overgewicht. In vergelijking met 2003 is in 2007 het percentage jongeren in Halderberge met overgewicht sterk gestegen, terwijl dit in West-Brabant gelijk gebleven is. 75% (1.907 inwoners) van de jongeren in Halderberge beweegt niet elke dag één uur (wat de landelijke norm is) en één derde (839 inwoners) van de jongeren is geen lid van een sportclub. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met het gemiddelde in West-Brabant.

60% (1.525 inwoners) van de jongeren in Halderberge eet niet elke dag groenten en 86% (2.187 inwoners) eet minder dan 2 stuks fruit per dag. Te weinig bewegen en een lage groente- en/of fruitconsumptie vergroten het risico op het ontstaan van overgewicht.

### Alcohol.

Bijna de helft van de jongeren (1.195 inwoners) in Halderberge heeft alcohol gedronken in de laatste 4 weken. Drie op de tien jongeren (738 inwoners) in Halderberge doet aan binge<sup>17</sup> drinken en 5% (127 inwoners) drinkt per week meer dan 20 glazen per week. Één op de zes jongeren van 12 tot 18 jaar (432 inwoners) geeft aan dronken geweest te zijn de afgelopen maand. In West-Brabant is 6% van de jongeren van 12 tot en met 15 jaar dronken geweest (en 37% van de jongeren van 16 tot en met 18 jaar). Jongeren die regelmatig overmatig alcohol gebruiken hebben een verhoogd risico op leer- en geheugenproblemen. Uit de monitor komt dat meer dan de helft (54%, 1.373 inwoners)) van de jongeren onder de 16 jaar in Halderberge al alcohol gedronken heeft en 5% (6.865 inwoners) heeft al alcohol gedronken onder de 12 jaar.

### Drugs.

Er zijn vrij weinig kinderen die drugs gebruiken. Zeker in vergelijking met alcohol is drugsgebruik een weinig voorkomende bedreiging voor het kind. Uit de monitor komt naar voren dat 4% van de jongeren (101 inwoners) de afgelopen vier weken softdrugs in de vorm van wiet of hasj gebruikt heeft. Slechts 0,2% (5 inwoners) heeft XTC gebruikt en er waren geen kinderen die aangaven paddo's, amfetamines of hard drugs gebruikt te hebben. Halderberge wijkt hierin niet af van het gemiddelde in West-Brabant.

### Geestelijke gezondheid.

Eén op de acht jongeren (305 inwoners) vindt de eigen geestelijke gezondheid slecht. Vergeleken met West-Brabant voelen meer jongeren in Halderberge zich een beetje tot erg somber (5%, 127 inwoners). 8% (203 inwoners) heeft gedacht aan suïcide in het afgelopen jaar en 1% (25 inwoners) heeft ook daadwerkelijk een poging ondernomen hetgeen vergelijkbaar is met het gemiddelde in West-Brabant. Psychische ongezondheid is in de gemeente Halderberge een belangrijk probleem dat de kwaliteit van leven van jongeren vermindert.

### School.

In de gemeente Halderberge volgt één op de vijf jongeren (559 inwoners) een opleiding op VMBO-niveau, dit wijkt niet af van West-Brabant. VMBO scholieren vertonen vaker een ongezonde leefstijl in vergelijking met scholieren die een opleiding doen op HAVO- of VWO-niveau.

---

<sup>17</sup> Binge drinken is in één keer vijf of meer glazen alcohol drinken.

De meeste jongeren hebben het op school naar hun zin, 3% (76 inwoners) vindt het niet leuk op school. 6% (152 inwoners) van de jongeren is regelmatig gepest. Eén op de elf jongeren (229 inwoners) heeft in de afgelopen vier weken gespijbeld.

#### Voorzieningen.

Eén op de tien jongeren (254 inwoners) geeft de buurt waarin ze wonen een onvoldoende. De helft van de jongeren (1.322 inwoners) vindt dat er te weinig leuke dingen in de buurt worden georganiseerd, bijna de helft (1.119 inwoners) mist ontmoetingsplaatsen in de buurt.

#### Ongewenst gedrag.

In vergelijking met West-Brabant (66%) hebben jongeren in de gemeente Halderberge (55%, 1.399 inwoners) minder vaak ongewenst gedrag vertoond waarbij ongewenst gedrag voornamelijk ging om verkeersovertredingen of het afsteken van vuurwerk.

### **3. Volwassenen 19 – 64 jaar (monitor 2009)**

#### Lichamelijke gezondheid

Van de bevolking van 19 tot 65 jaar heeft 41% (7.403 inwoners) één of meer chronische ziekten (vastgesteld door arts). Als voornaamste aandoeningen worden genoemd: hoge bloeddruk (12%, 2.167 inwoners), gewrichtsslijtage (10%, 1.806 inwoners), rug aandoeningen (7%, 1.264 inwoners), astma (7%, 1.264 inwoners), ernstige hoofdpijn (5%, 903 inwoners) en diabetes (5%, 903 inwoners). Hiervan is 19% (3.431 inwoners) beperkt in bezigheden als gevolg van lichamelijke gezondheid.

De helft van de volwassenen (52%, 9.389 inwoners) heeft overgewicht en 10% (1.806 inwoners) heeft ernstig overgewicht. Gedeeltelijk komt dit omdat 81% (14.625 inwoners) niet voldoende groenten eet hetgeen meer is dan gemiddeld in West-Brabant (72%). Fruit wordt slechts door 29% (5.236 inwoners) in voldoende mate gegeten.

Iets meer dan de helft (55%, 9.930 inwoners) van de volwassenen in Halderberge sport minimaal 1x per week. Dit is iets gunstiger dan gemiddeld (52%) in West-Brabant. Meer dan een derde (38%, 6.861 inwoners) haalt niet de norm voor gezond bewegen.

Een kwart (25%, 4.514 inwoners) rookt. Eén op de negen (11%, 1.986 inwoners) drinkt overmatig en een derde (31%, 5.597 inwoners) haalt de norm verantwoord alcoholgebruik niet.

Een op de acht (12%, 2.167 inwoners) ervaart de eigen gezondheid als matig tot slecht en 5% (903 inwoners) (meer dan gemiddeld) vindt de eigen manier van leven (zeer) ongezond.

#### Geestelijke gezondheid

Onder de volwassenen voelt 16% (2.889 inwoners) zich psychisch ongezond en één op de elf (9%, 1.625 inwoners) is beperkt in de bezigheden als gevolg van emotionele problemen. Eén op de drie (29%, 5.236 inwoners) volwassenen loopt een matig tot hoog risico op angststoornis of depressie. Eén op de 12 (8%, 1.444 inwoners) ervaart veel stress vanwege combinatie dagelijkse activiteiten op het gebied van werk/studie, opvoeding, zorg, gezondheid, financiën, hobby's, etc.

Bijna de helft (40%, 7.222 inwoners) is matig tot ernstig eenzaam en 7% (1264 inwoners) is (zeer) ernstig eenzaam.

#### Sociale omgeving

Bijna een kwart (24%, 4.333 inwoners) verricht vrijwilligerswerk. Vergeleken met de rest van West-Brabant wordt er minder mantelzorg gegeven. Slechts 10% (1.806 inwoners) (tegen 14% in West-Brabant) heeft het afgelopen jaar mantelzorg gegeven. Er zijn meer mensen lid van een club of vereniging (61%, 11.014 inwoners tegen 52%) dan in West-Brabant.

#### Woonomgeving

Een kwart (24%, 4.333 inwoners) van de mensen woont in een huis met schimmel- of vochtplekken. 5% (903 inwoners) is niet tevreden en geeft hun eigen huis een onvoldoende. Bijna de helft (42%, 7.583 inwoners) is niet tevreden over de betrokkenheid van de buurt en 6% (1.083 inwoners) geeft de eigen buurt een onvoldoende. 13% (2.347 inwoners) is zelf actief geweest om buurt te verbeteren en twee derde (67%, 12.097 inwoners) voelt zich medeverantwoordelijk voor de leefbaarheid in de buurt

#### Zorg

Een derde (35%, 6.319 inwoners) heeft de afgelopen 2 maanden contact gehad met huisarts. De mensen zijn relatief tevreden over de bereikbaarheid van de huisarts. Slechts 19% (3.430 inwoners) (38% in West-Brabant) is ontevreden over de telefonische bereikbaarheid tijdens telefonisch spreekuur. Een op de elf (9%, 1.625 inwoners) wil informatie over Wmo-voorzieningen maar weet niet waar deze te verkrijgen is.

## **4. Ouderen (monitor 2009)**

De ouderenmonitor is een "blanke" monitor. Van alle teruggestuurde vragenlijsten in Halderberge is 97% (4.778 inwoners) ingevuld door autochtone ouderen hetgeen significant meer is dan gemiddeld in West-Brabant ondanks de aanwezige allochtone ouderen.

### Lichamelijke gezondheid

30% (1.478 inwoners) van de ouderen ervaart de eigen gezondheid als matig tot slecht hetgeen niet afwijkt van het regionaal gemiddelde. Driekwart (3.596 inwoners) heeft één of meerdere chronische aandoeningen waardoor de zorgbehoefte in deze groep hoog ligt. Het betreft vooral hoge bloeddruk (met 39% van de ouderen, 1.921 inwoners, hoger dan gemiddeld in de regio), gewrichtsslijtage (26%, 1.281 inwoners) en diabetes (15%, 739 inwoners). De helft van de ouderen (2.463 inwoners) geeft aan dagelijks belemmerd te worden door deze chronische aandoeningen. Een kwart van de ouderen (1.182 inwoners) geeft aan een mobiliteitsbeperking te hebben. Eén op de 8 ouderen kan niet zelfstandig gebruik maken van eigen of openbaar vervoer (640 inwoners) en één op de 12 ouderen (394 inwoners) gaat om die reden minder de deur uit.

Tweederde van de ouderen (3.251 inwoners) heeft overgewicht en één op de vijf (936 inwoners) heeft ernstig overgewicht. Slechts 2% (99 inwoners) vindt de eigen manier van leven ongezond. 72% (3.564 inwoners) eet niet voldoende groenten en 51% (2.512 inwoners) eet te weinig fruit. Eén derde (33%, 1.626 inwoners) voldoet niet aan NL Norm Gezond Bewegen voor 55-plussers wat relatief beter is dan het gemiddelde van 39% in West-Brabant.

Eén op de elf (9%, 443 inwoners) van de ouderen is een overmatige alcoholgebruiker en één derde (34%, 1.675 inwoners) voldoet niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik. 13% van de ouderen rookt (640 inwoners).

### Geestelijke gezondheid

Eén op de tien ouderen (493 inwoners) heeft het afgelopen jaar meer dan 5 kilo verloren wat een mogelijke indicator is voor een lichamelijk of geestelijk probleem. 39% van de ouderen (1.921 inwoners) in Halderberge heeft een matig tot hoog risico om een angststoornis of depressie te ontwikkelen. Eén op de vijf ouderen (18%, 887 inwoners) geeft aan maar weinig vat meer te hebben op het eigen leven. Hun leven wordt door anderen bepaald.

Bijna de helft van de ouderen (45%, 2.217 inwoners) is matig tot ernstig eenzaam. Eén op de twaalf (8%, 394 inwoners) is (zeer) ernstig eenzaam. Het gaat hier vooral om sociale eenzaamheid.

14% van de ouderen (690 inwoners) is niet zelfredzaam. 21% van de ouderen (1.034 inwoners) valt in de groep van kwetsbare ouderen (hoge draaglast en lage draagkracht)

### Zorg

Slechts 2% van de ouderen (99 inwoners) maakt van uit de woning bij een verzorgingstehuis of dienstencentrum op afroep gebruik van verpleging of verzorging (regionaal gemiddelde van 6%). Dit lagere percentage is mogelijk te verklaren door het lagere aanbod in Halderberge van deze diensten.

Eén op de 14 ouderen (7%, 345 inwoners) maakt i.v.m. beperking gebruik van een woningaanpassing terwijl één op de 20 (4%, 197 inwoners) aangeeft hieraan behoefte te hebben.

Eén op de vijf ouderen (1.034 inwoners) verricht vrijwilligerswerk en 7% (345 inwoners) ontvangt vrijwilligerswerk. Dit laatste is significant lager in Halderberge (gemiddeld in de regio 11%).

In 2009 ontving 9% (443 inwoners) mantelzorg hetgeen lager is dan het regionale gemiddelde (11%). Vooral mantelzorg van de eigen kinderen was lager dan gemiddeld (4% = 197 inwoners tegen 6%).

### Voorzieningen

Bijna een derde (29%, 1.429 inwoners) van de ouderen heeft in 2009 gebruik gemaakt van Wmo-voorzieningen, 12% (591 inwoners) geeft aan behoefte te hebben aan Wmo-voorzieningen en 18% (887 inwoners) wil hier informatie over maar weet niet waar deze te verkrijgen is. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van hulp in de huishouding (20%, 985 inwoners) en een vervoersvoorziening (regiotaxi of deeltaxi) (17%, 837 inwoners).

Eén derde (31%, 1.527 inwoners) van de ouderen maakt wel eens gebruik van welzijnsvoorzieningen en een kwart (26%, 1.281 inwoners) heeft hier behoefte aan. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van hulp bij administratieve of financiële activiteiten (17%, 837 inwoners) en recreatieve / culturele activiteiten voor ouderen (11%, 542 inwoners). In vergelijking met de regio wordt er minder gebruik gemaakt van maaltijdverstrekking / maaltijddienst (3% = 148 inwoners tegen 5%). Er blijkt een behoefte te zijn aan een algemene gezondheidscheck (13%, 640 inwoners).

## 5. Onderzoek onder allochtone ouderen ( 2010)

In 2010 is een onderzoek ingesteld naar de gezondheidstoestand van allochtone ouderen. Met 43 allochtone deelnemers (42% van de allochtone bevolking in deze leeftijdsgroep) kan gesproken worden van een representatieve vertegenwoordiging in dit onderzoek. Door de keuze voor een leeftijd vanaf 55 jaar voor de deelnemers aan dit onderzoek, ligt de gemiddelde leeftijd op 64 jaar. Hierdoor moet voorzichtig omgegaan worden met een vergelijking met de ouderenmonitor die eind 2009 in Halderberge is afgenomen. Naast een verschil in onderzoeksmethode hebben de deelnemers in de ouderenmonitor een hogere gemiddelde leeftijd met de daaraan vasthangende gezondheidsproblematiek, hetgeen de vergelijkbaarheid van beide onderzoeken bemoeilijkt.

In vergelijking met autochtone ouderen waarvan 29% (1.429 ouderen) alleen woont, zijn er relatief weinig allochtone ouderen die alleen wonen. Het verschil in alleenstaand wonen, kan niet alleen aan een verschil in leeftijd worden toegeschreven maar ook aan een verschil in zorgstructuur tussen beide bevolkingsgroepen. Door de mantelzorg zijn de externe zorgbehoeften van de allochtone ouderen lager dan die van autochtone ouderen in de gemeente Halderberge wat ook blijkt uit het lage aantal ouderen dat informatie gevraagd heeft tijdens het huisbezoek over mogelijkheden voor externe hulp. Het feit dat deze informatie niet in de eigen taal beschikbaar is, is een extra struikelblok om deze informatie naar de allochtone doelgroep te krijgen. Opvallend was wel het relatief hoge aantal ouderen dat aangeeft behoefte te hebben aan huishoudelijke hulp.

Bijna alle ouderen waren tevreden over zowel de buurt als de woning waarin zij wonen. Veel ouderen gaven aan geen behoefte te hebben aan leeftijdsgebonden woningaanpassingen. Diegene die wel aangaven hier behoefte aan te hebben, weten niet waar en hoe dit aangevraagd kan worden.

Een hoog aandeel (70% = 71 allochtone ouderen) van de ouderen geeft aan lichamelijke gezondheidsklachten te ervaren waarbij het aandeel ouderen met diabetes mellitus (35% = 36 allochtone ouderen) en het aandeel met rugklachten (14% = 14 allochtone ouderen) opvalt. Ondanks de hogere leeftijd in de ouderenmonitor van 2009 zijn er minder autochtone ouderen met diabetes mellitus (15% = 739 ouderen) en met rugklachten (11% = 542 ouderen).

Bijna de helft van de ouderen (42% = 43 allochtone ouderen) geeft aan zichzelf te zwaar te vinden en twee derde (67% = 68 allochtone ouderen) geeft aan actief bezig te zijn om het



lichaam in conditie te houden via lopen of fietsen. Een kwart van de ouderen (23% = 23 allochtone ouderen) kent het project “bewegen valt goed”, maar één oudere heeft deelgenomen aan dit project.

De matige lichamelijke gezondheid is vaak een oorzaak van een matige geestelijke gezondheid. Één op de vijf ouderen (20% = 20 allochtone ouderen) geeft aan geen zin meer te hebben om activiteiten te ondernemen vanwege gezondheidsproblemen. Depressieve gevoelens of neerslachtigheid komen bij een derde (33% = 34 allochtone ouderen) van de ondervraagden voor. Als oorzaak wordt naast de lichamelijke gezondheid ook vaak eenzaamheid of heimwee genoemd.

Ofschoon ze zichzelf niet als eenzaam klasseren, is bijna de helft (44% = 45 allochtone ouderen) (matig) eenzaam. Eenzaamheid onder allochtone ouderen is vergelijkbaar met autochtone ouderen (45% = 2.217 ouderen) hetgeen niet te verwachten was op basis van de lagere leeftijd. Eenzaamheid is vaak een direct gevolg van een tekort aan sociale contacten en/of activiteiten. De allochtone ouderen geven echter aan genoeg sociale contacten te hebben en geen behoefte te hebben aan meer.

De helft van de ouderen (50% = 51 allochtone ouderen) geeft wel aan belemmerd te worden in deelname aan activiteiten door de gezondheid of door de toegankelijkheid van bepaalde activiteiten vanwege de taalbarrière. Volgens de onderzochte allochtone ouderen in dit onderzoek is er duidelijk meer behoefte aan activiteiten in eigen taal. De activiteiten kunnen alleen succesvol zijn als de allochtone organisaties een eigen inbreng kunnen hebben en een mogelijke rol kunnen spelen in realisatie en uitvoering van de activiteiten. Ook continuïteit is van belang zodat mensen de activiteit leren kennen via mond op mond reclame vanuit de eigen gemeenschap en de mogelijkheid hebben hier later op in te stappen.

Kennis van voorzieningen als de dagverzorging voor ouderen, het steunpunt voor ouderen Pagnevaart of Wegwijs is vrij beperkt en geen enkele oudere heeft aangegeven hiervan gebruik te maken. Als reden wordt vaak de taalbarrière aangegeven én dat deze voorzieningen niet toegespitst zijn voor allochtone ouderen. Fidei et Arti is wel goed gekend en meer dan een derde (37% = 38 allochtone ouderen) maakt ook gebruik hiervan.

**Samenvattend geeft dit het volgende beeld van de grootste problematiek per doelgroep.**

Jeugd / jongeren:

Overgewicht, beweging, voedingsgewoonten, kennis van voeding, alcohol, roken geestelijke gezondheid (zelfmoord is één van de hoogste killers op deze leeftijd), sociale weerbaarheid. Te behalen gezondheidswinst op roken en alcohol is groter dan die op drugs.

Volwassenen:

Overgewicht, alcohol, eenzaamheid, opvoedingsondersteuning, voeding, beweging, voorkomen hoge bloeddruk en diabetes (dit ligt in het verlengde van overgewicht/voeding/beweging).

Ouderen.

Eenzaamheid, bekendheid zorgvoorzieningen, kennis van eigen leefstijl, sporten binnen eigen mogelijkheden, voorkomen hoge bloeddruk en diabetes (dit ligt in het verlengde van overgewicht/voeding/beweging).

Allochtone ouderen.

Eenzaamheid, diabetes, bekendheid zorgvoorzieningen.

Aanbevelingen uit:

Onderzoeksrapportage veldonderzoek naar het alcohol- en drugsgebruik onder hangjongeren in de gemeente Halderberge.

Mei 2011, Novadic-Kentron, (A. Akkaya, A. van Dongen, R. Voermans).

---

## 6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen gedaan. De aanleiding van dit onderzoek is het voordoen van een gezondheidsstoornis als gevolg van het gebruik van een psychoactieve stof (butaangas) door een hangjongere. De aanbevelingen zijn dan ook primair gericht op de aanpak van het gebruik van alcohol en drugs door hangjongeren. In paragraaf 6.1 staan de aanbevelingen met betrekking tot drugsgebruik en in paragraaf 6.2 met betrekking tot het alcoholgebruik. Ten slotte worden in paragraaf 6.3 aanbevelingen gedaan met betrekking tot vroegsignalering. De kans op herstel is immers groter als men er snel bij is.

### 6.1 Aanpak drugsgebruik

Het COT 'Instituut voor Veiligheid- en Crisismanagement' merkt op dat drugsgebruik met name plaatsvindt onder hangjongeren (Dobbelaar, J. e.a., 2009). De meeste hanggroepen worden gevormd door jongeren van verschillende leeftijden. De jongere leden van de groep imiteren vaak het gebruik van de oudere leden van de groep. Het COT concludeert om die reden dat het aansluiten bij een hanggroep een sterk voorspellende factor is voor het gebruik van verslavende middelen.

Uit de resultaten blijkt inderdaad dat 67,2% van de hangjongeren ooit drugs heeft gebruikt. Bijna tweederde van hen heeft drugs voor het eerst op straat gebruikt. Bovendien geven de hangjongeren aan het vaakst op veertienjarige leeftijd hiermee begonnen te zijn. Zij beginnen vaak met het gebruik van cannabis. Uit de resultaten blijkt immers dat geen van de hangjongeren onder de 16 jaar in de maand voorafgaand aan het onderzoek harddrugs heeft gebruikt, maar dat dit wel voor bijna een derde van de hangjongeren geldt voor cannabis. De doorsnee hangjongere begint dus op veertienjarige leeftijd op straat met cannabisgebruik.

De hangjongeren geven aanzienlijk vaker aan cannabis en harddrugs te gebruiken dan de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 24 jaar. In het bijzonder gebruikers van cannabis doen dit ook nog eens zeer frequent, namelijk 57% van hen gebruikt vier dagen in de week of vaker cannabis.

Het maakt voor de aanpak van drugsproblemen op straat door hangjongeren niet uit welke drugs zij gebruiken. Het is wel belangrijk dat de interventies passen bij de fase van het gebruik waarin de jongeren verkeren. Deze fasen zijn:

1. Experimenteerfase; In deze fase beginnen jongeren met het gebruik van genotmiddelen. Ook de eerste problemen die samenhangen met het gebruik, bijvoorbeeld overlast, manifesteren zich. Het gaat in deze fase doorgaans om minderjarige jongeren die nog thuis wonen.

*Wie in dit onderzoek?*

De jongeren onder de 18 jaar die aangeven drugs te gebruiken.

2. Geïntegreerd gebruik: In deze fase gebruiken jongeren al langere tijd frequent middelen en is de invloed van ouders afgenomen. Sommige jongeren hebben een beginnend verslavingsprobleem.

*Wie in dit onderzoek?*

De groep minderjarigen die na de maatregelen in de experimenteerfase nog steeds doorgaan met het gebruik op straat en de groep van 18 jaar en ouder die frequent drugs gebruikt.

3. Gemarginaliseerd gebruik: Jongeren hebben ernstige verslavingsproblemen en/of andere psychosociale problemen. Deze jongeren bevinden zich voornamelijk in de leeftijdscategorie 18 jaar en ouder.

*Wie in dit onderzoek?*

Eventueel enkele frequente cannabisgebruikers, de respondent die aangeeft vier keer in de week of vaker GHB te gebruiken en zij die na de interventies in fase 2 doorgaan met problematisch gebruiken.

De aanbevelingen worden gedaan per gebruiksfase.

## Fase 1. Experimenteerfase; beginnende problematiek

1<sup>ste</sup> aanbeveling:

***Deel de zorgen over het drugsgebruik van de hangjongeren met hun ouders en geef vervolgens advies wat zij eraan kunnen doen.***

Toelichting:

Recente studies laten zien dat ouders meer invloed op het gebruikersgedrag van hun kind hebben dan zij doorgaans vermoeden. De belangrijkste bevindingen uit deze studies zijn dat regels stellen en verbieden wel degelijk goed kunnen werken (Velleman, 2009).

In de puberteit is het voor ouders belangrijk om te weten met wie hun kind omgaat en wat hem of haar bezighoudt. Zeker in de fase waarin het kind zich identificeert met zijn of haar vrienden. Deze vrienden kunnen zowel een positieve als negatieve invloed uitoefenen. In veel gevallen blijkt dat ouders niet op de hoogte zijn van het gebruikersgedrag van hun kind en eventueel gebruik onderschatten. Het is dan ook van belang om ouders hierop te attenderen. Bovendien kunnen ouders advies krijgen in de wijze waarop zij regels kunnen stellen en hoe zij ervoor kunnen zorgen dat deze nageleefd worden.

Momenteel is het al gemeentelijk beleid in Halderberge dat de wijkagent de ouders van jongeren binnen drie dagen bezoekt nadat deze jongeren in aanraking zijn geweest met de politie als gevolg van overlast of een alcohol- of drugsgerelateerde gezondheidsverstoring.

Het is ook belangrijk om de ouders van jongeren die wel drugs gebruiken, maar niet in aanraking zijn geweest met de politie, op de hoogte te stellen van hun vermoedelijke drugsgebruik en om vervolgens advies te geven wat zij hieraan kunnen doen. Er zijn twee mogelijkheden om dit te doen. Bij voorkeur worden beide mogelijkheden toegepast:

1. Ouders en jongeren doorverwijzen naar groepsbijeenkomsten van Bureau Halt.

Toelichting:

Om het gebruik op straat tegen te gaan kan de gemeente via de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) een verbod instellen op het gebruik van alcohol en drugs op straat. De gemeenteraad is bevoegd een algemeen verbod in de APV op te nemen. Het college heeft deze bevoegdheid niet.

Argumenten voor het verbod zijn het tegengaan van overlast, het voorkomen van verplaatsing, alcoholmatiging en eenduidigheid in regelgeving (VWA, 2007). Ook een verbod op het gebruik van cannabis en/of andere middelen kan in de APV worden opgenomen.

Ook kan een gemeente met de politie afspreken dat jongeren die betrapt worden op het gebruik van alcohol en/of drugs worden doorverwezen naar Bureau Halt. Novadic-Kentron voert sinds begin 2010 samen met Bureau Halt een groepsaanbod uit voor jongeren en hun ouders, namelijk de leerstraf alcohol en drugs. Jongeren onder de 18 jaar die op straat gepakt worden in verband met een alcohol- of drugsgerelateerd incident kunnen worden doorverwezen naar zo'n groepscursus. De cursus bestaat uit twee bijeenkomsten voor de jongeren en één bijeenkomst waarop de ouders ook verzocht worden om te komen. Landelijk komt er steeds meer aandacht en enthousiasme voor deze aanpak.

Deze bovenstaande mogelijkheid vergt wel voldoende handhavingcapaciteit van de politie. Dit is niet nodig voor de uitvoering van het onderstaande punt.

2. Ouders een brief sturen waarin de zorgen geuit worden. Hierna een ouderbijeenkomst voor hen organiseren.

Toelichting:

De ouders krijgen een brief van de burgemeester waarin de zorgen geuit worden. Vervolgens worden de ouders uitgenodigd voor een informatieavond waarin de zorgen door wijkagenten worden toegelicht. De ouders van de jongeren krijgen dus een brief ondanks dat hun kinderen nog geen delict hebben gepleegd. De brief is puur bedoeld om zorgen te uiten en daarmee erger te voorkomen. Na de brief is er een aanzienlijke kans dat de groep uiteen valt, doordat sommige ouders niet meer willen dat hun kinderen 's avonds bij de groep staan. Hierdoor blijft een zogenaamde 'harde kern' over waarop het jongeren- en veldwerk zich kunnen focussen.

#### *Gemeentelijk standpunt aanbeveling 1:*

- *De aanbeveling om in de APV een verbod op te nemen voor het gebruik van alcohol en drugs op straat wordt voor alcohol wel en voor drugs nog niet overgenomen. Voor het gebruik van cannabis en andere verdovende middelen wordt eerst onderzocht wat de gevolgen zijn van een uitspraak van de Afdeling bestuursrechtspraak waarbij de APV-bepaling van de gemeente Amsterdam (waarin het verboden is om op de door de burgemeester aangewezen plaatsen softdrugs te gebruiken of openlijk voorhanden te hebben) onverbindend is verklaard. De Opiumwet voorziet namelijk al in een dergelijk verbod. In de lokale driehoek wordt dit onderwerp besproken.*
- *De aanbeveling om jongeren die worden gepakt voor een incident dat is gerelateerd aan alcohol en/of drugsgebruik samen met hun ouders door te verwijzen naar Bureau Halt is al bestaand beleid. Dit beleid wordt voortgezet. In het politieoverleg zal de burgemeester met de teamchef van het team Mark en Dintel nadere afspraken maken.*
- *De aanbeveling om ouders van wie de zoon/dochter op straat drugs gebruikt te informeren en hierover de zorgen uit te spreken, wordt overgenomen. Met de portefeuillehouders en partners zal besproken worden op welke wijze de ouders worden geïnformeerd. De ervaringen om ouders te betrekken via een brief of informatieavonden zijn niet positief binnen de gemeente Halderberge. Ouders laten het afweten.*

## **Fase 2: Geïntegreerd gebruik**

2<sup>de</sup> aanbeveling:

***Voer met de gebruikende hangjongeren in de gemeente Halderberge een preventieprogramma uit waardoor problematisch genotmiddelengebruik kan worden tegengegaan.***

Toelichting:

De invloed van de ouders op voornamelijk de oudere hangjeugd, en de jongeren die al langere tijd frequent gebruiken, is gering. Voor deze jongeren zal een eventuele 'wake up call' voor de ouders niet meer voldoende zijn om hun gedrag te veranderen. Deze jongeren laten zich nog maar nauwelijks beïnvloeden door hun ouders of hebben soms ouders die zich niet meer willen bemoeien met het gedrag van hun kind. Het is belangrijk dat het jongerenwerk, in samenwerking met het veldwerk, met deze jongeren op straat contact legt. Soms is het op straat toepassen van motiverende gespreksvoering<sup>18</sup> al afdoende om het gedrag van jongeren te veranderen. Vaak zullen meer gerichte interventies, naast straatcontacten, meer resultaat opleveren.

Het is daarom goed om jongeren op straat te motiveren om deel te nemen aan een preventieprogramma. Tijdens een preventieprogramma worden gerichte interventies uitgevoerd waarvan bekend is dat zij effectief zijn. Deze interventies hebben de volgende kenmerken (Cuijpers, 2005):

- interactieve methodieken
- er wordt gewerkt aan de weerbaarheid van de jongeren
- nadruk moet liggen op normen van jongeren
- gebruik van 'peers' is aan te bevelen
- het aanleren van sociale vaardigheden
- hulp bij problemen op de leefgebieden

Het is niet eenvoudig om hangjongeren te bereiken voor preventieactiviteiten waarin de bovenstaande kenmerken verwerkt zijn. Wanneer je jongeren op straat benadert met de vraag: "Wil je meedoen aan een weerbaarheidstraining?", weet je bij voorbaat al het antwoord. Jongeren op straat doen pas mee aan preventieactiviteiten als deze inspelen op hun interesses ofwel er moet voor hen iets te halen zijn. Om deze reden dienen preventieactiviteiten voor hangjongeren aantrekkelijk gemaakt te worden. Bijvoorbeeld: Jongeren gaan door middel van muziek maken een preventieboodschap uitdragen. Om te leren hoe zij een preventieboodschap moeten uitdragen nemen de jongeren deel aan meerdere preventieactiviteiten.

<sup>18</sup> Motiverende gespreksvoering is een veelgebruikte methode om jongeren te stimuleren hulp te zoeken voor hun problemen of hun ongezonde levenswijze aan te pakken. Uit onderzoek, vooral in de verslavingszorg, blijkt dat motiverende gespreksvoering effectief is bij allerlei problemen ([www.nji.nl](http://www.nji.nl)).

De motivatie van de jongeren om deel te nemen aan bijvoorbeeld een muziekproject is niet omdat zij hun gebruik willen veranderen. Dit hoeft echter geen probleem te zijn. Uit onderzoek blijkt dat motivatie geen zwart-wit situatie is, maar dat jongeren meestal tijdens de activiteiten pas gemotiveerd raken om hun gedrag te veranderen (Casselmann, 2001).

Tijdens een preventieprogramma werken de jongeren- en veldwerker van Novadic-Kentron intensief samen met de jongeren. Hierdoor versterkt de vertrouwensband tussen beiden. Ook deze vertrouwensband stelt de jongeren- en veldwerker beter in staat om jongeren te helpen.

*Gemeentelijk standpunt aanbeveling 2:*

*De aanbeveling om het jongerenwerk/straathoekwerk in samenwerking met Novadic-Kentron preventieactiviteiten op te laten zetten voor jongeren die drugs gebruiken, wordt overgenomen.*

### **Fase 3: Gemarginaliseerd gebruik**

3<sup>de</sup> aanbeveling:

**Zet naast jongeren- en veldwerkers ook peersupporters in om jongeren door te verwijzen naar de zorg.**

Toelichting:

Peersupport is een werkwijze waarbij peersupporters worden ingezet om risicjongeren op straat te bereiken en hen tot gedragsverandering te motiveren. Een peersupporter is een voormalig risicjongere die een aantal eigenschappen en ervaringen met de doelgroep deelt. Bijvoorbeeld: de peersupporter kent de straatcultuur en heeft ervaring met alcohol- en/of drugsgebruik. Novadic-Kentron selecteert en traint peersupporters die in hoog aanzien staan bij de doelgroep en geloofwaardig overkomen. Zij zijn het beste in staat om contact te leggen met risicjongeren en hen te motiveren om hulp te accepteren.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is peersupport een effectieve methodiek voor het bereiken van risicogroepen en het veranderen van het gedrag in deze groepen. Novadic-Kentron is het expertisecentrum op het gebied van verslavingszorg en doet er alles aan om zo effectief mogelijk te werken. Daarom heeft Novadic-Kentron een peersupport methodiek ontwikkeld en deze methodiek laten evalueren door de Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling Development Psychopathology. Zij concluderen dat de door Novadic-Kentron beschreven peersupport methodiek de meest geschikte methode is voor het motiveren van risicjongeren op straat om te stoppen dan wel te minderen met alcohol- en/of drugsgebruik of om alcohol en/of drugs op een minder risicovolle manier te gebruiken.

**Nota bene:** dit product behoort (nog) niet tot het standaard productenaanbod en dient desgewenst als maatwerk ingekocht te worden.

*Gemeentelijk standpunt aanbeveling 3:*

*Deze aanbeveling wordt niet overgenomen. In de gemeente Halderberge dient het straathoekwerk in deze functie te voorzien.*

4<sup>de</sup> aanbeveling:

**Schakel bemoeizorg in voor zorgwekkende zorgmijders.**

Toelichting:

Het team bemoeizorg van Novadic-Kentron staat voor hulp aan mensen met complexe, meervoudige problematiek die zorg nodig hebben maar er niet om vragen of zorg mijden. Met hun bemoeienis proberen zij mensen te vinden, te binden en (uiteindelijk) toe te leiden naar passende hulp. Het is overigens de vraag of er hangjongeren in de gemeente Halderberge zijn die in aanmerking komen voor bemoeizorg. Bemoeizorg wordt doorgaans pas ingezet als alle andere interventies niet gewerkt hebben.

*Gemeentelijk standpunt aanbeveling 4:*

*Deze aanbeveling wordt overgenomen met dien verstande dat Novadic-Kentron bemoeizorg levert binnen het pakket aan verslavingszorg dat met inzet van de subsidie van de centrumgemeente Bergen op Zoom wordt geleverd.*

## 6.2 Aanpak alcoholgebruik

De hangjongeren in de gemeente Halderberge geven niet vaker aan in het afgelopen jaar, en in de afgelopen vier weken, alcohol gedronken te hebben dan de algemene Nederlandse bevolking van 15 tot en met 24 jaar. Bovendien zijn er slechts vier respondenten die aangeven vier dagen in de week of vaker alcohol te drinken. Desondanks drinken bijna alle respondenten wel eens alcohol en geeft ook ruim tweederde van de respondenten onder de 16 jaar aan in het afgelopen jaar alcohol te hebben gedronken. Ook doen veel hangjongeren van 16 jaar en ouder aan binge-drinken. Tevens hebben de hangjongeren gemiddeld genomen op jonge leeftijd (12,5 jaar) voor het eerst een heel glas, of flesje, alcohol gedronken. Zij hebben meestal voor het eerst alcohol gedronken thuis of bij vrienden. Kort samengevat: het alcoholgebruik van de hangjongeren is niet afwijkend van andere jongeren in Nederland, maar verdient desondanks aandacht.

Alcoholgebruik op straat kan hetzelfde aangepakt worden als drugsgebruik op straat. Uiteraard moet de problematiek wel in verhouding staan tot de maatregelen. Het zou bijvoorbeeld niet geloofwaardig overkomen als de burgmeester een brief stuurt aan de ouders van de hangjongeren naar aanleiding van hun huidige alcoholgebruik. De maatregelen in paragraaf 6.1 passen momenteel beter bij het drugsgebruik dan bij het alcoholgebruik van de hangjongeren. Echter alcohol wordt door veel jongeren gedronken en het is daarom zinvol om enkele maatregelen uit te voeren die de problemen door alcoholgebruik mee kan helpen voorkomen en/of aanpakken.

5<sup>de</sup> aanbeveling:

**Geef ouders van minderjarige hangjongeren tijdens ouderbijeenkomsten advies over hoe zij het alcoholgebruik van hun kinderen kunnen beïnvloeden.**

Toelichting:

Ouders spelen een sleutelrol bij het alcoholgebruik van hun kinderen. Zoals ook uit dit onderzoek blijkt beginnen veel jongeren in het gezin (thuis) met drinken. Het blijkt dat zelfs tweederde van de leerlingen van het voortgezet onderwijs thuis alcohol mag drinken (Monshouwer et al., 2004). Ook blijkt uit trendonderzoek dat kinderen meer drinken als ouders hier positief of neutraal tegenover staan. Bovendien hebben jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met het drinken van alcohol meer kans om verslaafd te worden (Wiers, 2007). De opvoeding van ouders is dus een belangrijk aangrijppingspunt voor preventieactiviteiten.

Het alcoholgebruik van de hangjongeren wijkt niet af van de jongeren in de algemene Nederlandse bevolking. Het is dan ook voor de hangliggend om de ouders van de hangjongeren op dezelfde wijze te benaderen voor alcoholpreventie als de ouders van andere jongeren. Dit gebeurt doorgaans via oudervoorlichtingen op scholen. In **bijlage 2** zal het Novadic-Kentron project 'alcohol en jongeren' worden toegelicht. Dit project is in het leven geroepen om zoveel mogelijk ouders te bereiken. Essentieel voor het slagen hiervan is dat scholen zelf actief betrokken zijn bij de organisatie. Een gemeente kan scholen hiertoe niet dwingen.

Het nieuwe project van Novadic-Kentron om ouders te bereiken is nog niet uitgevoerd in de gemeente Halderberge. Dit is ook nog niet mogelijk geweest. Er gebeurt in de gemeente Halderberge al wel veel aan preventie op scholen (universele preventie/ zie hoofdstuk 1.3), doordat de gemeente actief de regie voert. Afgelopen jaar hebben alle leerlingen van groep 8 in het basisonderwijs deelgenomen aan een interactieve theatervoorstelling over weerbaarheid. Op deze manier leren leerlingen beter zich te weren tegen de druk om alcohol te drinken. Ook was afgelopen jaar op de helft van de basisscholen voldoende animo voor het organiseren van een thema-avond over alcoholgebruik. Ten slotte is er afgelopen jaar ook op het voortgezet onderwijs veel aandacht geweest voor alcoholpreventie. Zo zijn er ouders bereikt via avonden voor '10 minuten gesprekken', oriëntatieavonden en tijdens een gemeentelijke thema-avond in Fidei et Arti.

*Gemeentelijk standpunt 5<sup>e</sup> aanbeveling:*

*Deze aanbeveling wordt overgenomen met dien verstande dat het project Gezonde School en Genotmiddelen wordt voortgezet en dat voor extra voorlichting aan ouders wordt gezocht naar formules die kansrijk zijn voor een hoge opkomst.*

6<sup>de</sup> aanbeveling:

***Intensiveer de handhaving van de regels over de verstrekking en verkoop van alcohol. De doelgroep dient voorgelicht te worden over de reden van het strenger controleren en wat de consequenties van deze controles zijn.***

Toelichting:

Uit de resultaten blijkt dat bijna tweederde van de respondenten onder de 16 jaar in de afgelopen vier weken alcohol heeft gedronken. De vraag is wat er gedaan kan worden om het alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar tegen te gaan.

In de gemeente Halderberge zou het scherper controleren op leeftijd er toe kunnen leiden dat jongeren onder de 16 jaar minder gemakkelijk aan alcohol kunnen komen. Uit onderzoek blijkt dat de verkoop van alcohol aan jongeren onder de leeftijdsgrens al met 35% tot 40% kan afnemen door een kleine intensivering van de handhaving. Temeer als deze gepaard gaat met voorlichting/communicatie over de handhaving (Anderson en Baumberg, 2006). Uit onderzoek blijkt ook dat minder gelegenheid tot drinken leidt tot een afname van het alcoholgebruik (Wiers, 2007). Bovendien worden jongeren door strenge controles bewust van de norm: geen alcohol onder de zestien!

*Gemeentelijk standpunt 6<sup>e</sup> aanbeveling:*

*Deze aanbeveling wordt overgenomen in die zin dat intensivering van het toezicht aan de orde is nadat de gewijzigde drank- en horecawet van kracht is geworden en de gemeente hierover nader beleid heeft geformuleerd.*

## **6 Vroegsignalering**

De tweede onderzoeksvraag in dit onderzoek heeft betrekking op hoe eventuele problemen die nu geconstateerd zijn in de toekomst beter voorkomen kunnen worden. Het doel is om zo vroeg mogelijk problemen te signaleren en in te grijpen, want de kans op herstel bij beginnende problematiek is aanzienlijk groter (Snoek, e.a., 2010).

7<sup>de</sup> aanbeveling:

***Bespreek risicogedrag van jongeren tijdens een structureel overleg tussen medewerkers van alle instanties die frequent te maken hebben met risicjongeren. Hierdoor kunnen jongeren snel en juist worden doorverwezen.***

Toelichting:

In de praktijk blijkt dat er vaak meerdere overleggen zijn waarin jongeren besproken worden. De kans bestaat hierdoor dat er tijdens elk overleg andere acties worden uitgezet waar niet iedereen van op de hoogte is. Daarom heeft het de voorkeur dat deze overleggen door één overkoepelende organisatie gecoördineerd worden. In de gemeente Halderberge is er het Jeugd Preventie Overleg (JPO) waar zorgsignalen worden besproken en het casuïstiekoverleg CJG en het Maatschappelijk Steunsysteem (MASS) waar organisaties, hulp- en zorgverleners complexe zorgvragen inbrengen om ze vervolgens te voorzien van adequate hulpverlening. Ook kunnen jongeren worden ingebracht bij het Veiligheidshuis in Bergen op Zoom. Het Veiligheidshuis is er om op het operationele niveau straf en zorg naadloos te verbinden. Jongeren in de gemeente Halderberge kunnen in alle drie de 'overleggen' (JPO, CJG en Veiligheidshuis) worden ingebracht. Het is dan ook belangrijk dat de samenwerking hiertussen geformaliseerd wordt.



*Gemeentelijk standpunt 7<sup>e</sup> aanbeveling:*

*Het belang van afstemming wordt onderschreven. Overigens richt het casuïstiekoverleg van het MASS zich op volwassenen en is er al aandacht voor afstemming tussen dit casuïstiekoverleg en het CJG. De genoemde afstemming tussen de overleggen wordt opgepakt via het jeugdbeleid, waarbij voor het Veiligheidshuis geldt dat dit op regionaal niveau vorm moet krijgen. Er wordt gewerkt aan het in kaart brengen van een districtelijke zorgstructuur. Het gaat hier om een samenwerking tussen het Veiligheidshuis, de betrokken gemeenten en Bureau Jeugdzorg Roosendaal. Hierbij staat de afstemming tussen de CJG's en het Veiligheidshuis en tussen de ZAT's en het Veiligheidshuis centraal.*

8<sup>ste</sup> aanbeveling:

**Stel voor jongeren, welzijnswerkers, de politie en hulpverleners een sociale kaart op in de vorm van een stroomschema, zodat zij jongeren sneller en beter kunnen doorverwijzen naar de zorg.**

Toelichting:

Uit de enquêtes blijkt dat opvallend veel jongens een strafblad hebben (15,3%). Ook heeft 10,9% van de jongeren schulden en heeft 15,6% van hen behoefte aan meer sociale contacten.

Het is belangrijk dat problemen in een vroeg stadium gesignaleerd en aangepakt worden. Het gaat vaak om hardnekkige problemen, waarbij professionele zorg gewenst is. Uit onderzoek blijkt dat het lastig is om jongeren door te verwijzen naar de hulpverlening. Jongeren, welzijnswerkers, de politie en hulpverleners weten vaak moeizaam de juiste zorg te vinden (Van der Poel, e.a., 2006). Het is dan ook zaak dat zij beter in staat worden gesteld om jongeren snel en juist door te verwijzen. Dit kan als zij weten wie welke zorg verleent en wat de aanmeldingscriteria zijn. Zij dienen dit onder meer te weten van de schuldhulpverlening, de woningbouwcorporaties, het maatschappelijk werk, de GGZ en van Novadic-Kentron. Het is voor de jongeren, welzijnswerkers, de politie en hulpverleners moeilijk om al deze kennis direct paraat te hebben. Uit onderzoek blijkt dat een sociale kaart in de vorm van een stroomschema hierbij kan helpen (Van der Poel, e.a., 2009). In dit stroomschema dient te worden weergegeven wie welke hulp biedt bij welke problemen. Ook dient in een dergelijk schema per organisatie de toelatingscriteria en aanmeldingsprocedure vermeld te worden. Dit stroomschema dient zowel beschikbaar te zijn voor jongeren, de politie, welzijnswerkers als voor hulpverleners.

*Gemeentelijk standpunt 8<sup>e</sup> aanbeveling:*

*Deze aanbeveling wordt overgenomen.*

De volgende twee aanbevelingen komen van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA). PVA is een samenwerkingsverband tussen het Trimbos-instituut, de Nederlands Huisartsen Genootschap, de Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), het UMC St. Radboud en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Zie ook [www.vroegsignaleringalcohol.nl](http://www.vroegsignaleringalcohol.nl). Klik vervolgens op 'producten' en daarna op 'protocol voor Signalering, Screening en Kortdurende Interventie van Risicovol Alcoholgebruik bij Jongeren' (Risselda, 2010).

9<sup>de</sup> aanbeveling:

**Formaliseer samenwerkingsafspraken tussen de politie, het jongerenwerk en preventiewerkers (veldwerkers) van Novadic-Kentron. Hierdoor kunnen problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt.**

Toelichting.

In de setting vrije tijd zijn jongeren vaak in groepsverband te vinden en rust er een belangrijke taak bij jongerenwerk, politie en outreachende hulpverlening. Groepen jongeren kunnen actief benaderd worden door een samenwerkingsverband tussen de verslavingszorg, gemeente, politie en jongerenwerk. De organisaties hebben hierbij verschillende rollen die op elkaar aansluiten: jongerenwerk en politie signaleren mogelijk problematisch middelengebruik van een individu of van meerdere groepsleden en motiveren hen tot een afspraak met een preventiewerker (veldwerker). Zij voeren vervolgens individuele gesprekken met de jongeren. Een groepsvoorlichting behoort ook tot de mogelijkheden. De gemeente regisseert en formaliseert deze samenwerking. Bijvoorbeeld: de

gemeente maakt met het jongerenwerk de afspraak dat zij Novadic-Kentron inschakelen als zij activiteiten doen met jongeren die drugs gebruiken.

*Gemeentelijk standpunt 9<sup>e</sup> aanbeveling:  
Deze aanbeveling wordt overgenomen.*

10<sup>de</sup> aanbeveling:

***Alle relevante partijen in de setting vrije tijd, zoals wijkagenten en jongerenwerkers, die vanuit hun beroep met jongeren in aanraking komen dienen een deskundigheidsbevordering te krijgen waarin zij vroegtijdig riskant middelengebruik leren herkennen en op de hoogte gesteld worden van de verwijsmogelijkheden.***

Toelichting:

Tijdens de standaard training komen onder andere aan de orde het huidige drinkgedrag van Nederlandse jongeren, risico's van overmatig alcoholgebruik voor het individu en de omgeving en signalen van riskant alcoholgebruik. Deze training kan aangevuld worden met informatie en signalen van drugsgebruik. Ook wordt aandacht besteed aan de benaderingswijze en gesprekstechnieken die ingezet kunnen worden bij het motiveren van jongeren tot een afspraak met een preventiewerker (veldwerker).

*Gemeentelijk standpunt 10<sup>e</sup> aanbeveling:  
Deze aanbeveling wordt overgenomen.*

---

## Investeren in preventie loont

### Algemeen

30 september 2010

**Elke euro die geïnvesteerd wordt in de preventie van zowel roken als overmatig alcoholgebruik en obesitas in combinatie met te weinig lichaamsbeweging brengt een substantieel rendement voor de samenleving met zich mee.**



Dat blijkt uit het onderzoek 'Prevention pays for everyone', dat accountants- en adviesorganisatie PwC. Dankzij dit onderzoek wordt voor het eerst in getallen uitgedrukt wat de impact van preventie is.

#### **Preventie van roken: hoog rendement ook in minimumscenario**

In welvarende landen is ongeveer twintig procent van de sterfgevallen te wijten aan de gevolgen van roken. Hoewel het aantal rokers in Nederland langzaam afneemt, heeft ons land nog steeds één van de hoogste rokerspercentages van Europa (27,1%). In haar onderzoek kiest PwC voor een combinatie van interventies om mensen aan te sporen te stoppen met roken: een massamediale campagne, begeleiding bij het stoppen bijvoorbeeld vanuit de huisarts, therapie met nicotinevervangers en een prijsverhoging van tabak met tussen de 0,25 en 0,50 euro, ofwel een scenario dat overeenkomt met voorstellen van de WHO.

Als deze combinatie van interventies gedurende vier jaar beperkt wordt ingezet, staat hier een rendement van circa zeventig procent tegenover. Deze komt uit baten als een hogere gemiddelde arbeidsproductiviteit, een lager gemiddeld ziekteverzuim en gemiddelde toename in gezonde levensjaren. In geval van een intensieve campagne en een intensieve inzet van de overige interventies (mediumscenario), loopt het rendement al snel op naar 220 procent. Bij een investering van circa 435 miljoen euro daalt het percentage rokers in ons land naar 25 procent. Daarmee is een rendement gemoeid van circa 960 miljoen euro.

'Genoemde cijfers zijn indrukwekkend. En laten we niet vergeten dat het hierbij gaat om gemiddeldes over de hele Nederlandse bevolking', zegt Jan Willem Velthuis, hoofdconoom en verantwoordelijke van de zorgpraktijk van PwC. 'Roken leidt tot een hoger ziekteverzuim en een lagere arbeidsproductiviteit. Dat maakt de gunstige effecten van stoppen zo groot. Het hoogste gemiddelde rendement voor de maatschappij wordt behaald wanneer mensen tussen hun twintigste en hun 44e stoppen met roken. Namelijk 12.000 euro per gestopte roker. Kiezen rokers er overigens voor te stoppen na hun 45e dan is het gemiddelde maatschappelijke rendement negatief. Dat komt doordat de lange termijn gezondheidskosten voor rokers in de laatste levensjaren relatief gering zijn, en de winst aan productiviteit en arbeidsverzuim daar niet meer tegenop wegen. Voor Nederland als geheel is het effect wel positief, want de winst bij de jongere stoppers door de interventies is veel groter dan het negatieve saldo van de oudere stoppers.'

#### **Preventie van overmatig alcoholgebruik: positief rendement ongeacht leeftijd**

Overmatig alcoholgebruik heeft een flinke impact op de maatschappij. Zo wordt alleen al 144 miljoen euro per jaar uitgegeven aan het aanpakken van alcoholgerelateerde misdaad en ongelukken. Daarnaast zijn de ziektekosten voor een alcoholist op jaarbasis gemiddeld tien procent hoger dan voor een niet-alcoholist. Voor het tegengaan van overmatig alcoholgebruik heeft PwC een interventiepakket gekozen bestaande uit een verbod op adverteren, het beperken van de toegang tot alcohol voor jongeren, het voeren van een actief beleid in de zorg richting alcoholisten en het verhogen van de accijnzen met 25 procent. Dit pakket aan interventies wordt in verschillende scenario's toegepast. Daarbij levert een beperkte inzet van deze interventies een rendement van zestig procent, terwijl het meest optimistische scenario leidt tot een rendement van eveneens 280 procent.

#### **Preventie van obesitas, groeiend probleem**

Obesitas en een tekort aan lichaamsbeweging zijn sterk aan elkaar gerelateerd. Daarom zijn deze twee onderwerpen in dit onderzoek samengevoegd qua gedrag en gezondheidseffecten. Bijna 19 procent van de sterfgevallen in Nederland is te wijten aan de gevolgen van een tekort aan lichaamsbeweging, overgewicht, en een ongezonde voeding. Vooral het tekort aan lichaamsbeweging onder vier- tot zeventienjarigen heeft een sterk negatief welvaartseffect. Als interventies om obesitas en een tekort aan lichaamsbeweging tegen te gaan kiezen de onderzoekers voor lokale publiciteitscampagnes in combinatie met intensieve lifestyleprogramma's (coaching, etc), wederom in lijn met WHO voorstellen. Ook hier geldt dat in het beperkte scenario - waarbij een kleine campagne en een klein programma wordt gedraaid - een rendement gerealiseerd wordt van ongeveer dertig procent. Kiezen we voor een intensiever scenario, dan loopt de *return on investment* op tot 130 procent.

'Concreet betekent dit dat als de overheid 795 miljoen euro investeert, waarmee het percentage mensen met obesitas met één procent daalt, dat hier een rendement voor de maatschappij tegenover staat van circa 240 miljoen euro uitgaande van het meest conservatieve scenario', zegt Velthuisen. 'De grootste winst wordt behaald op het gebied van ziekteverzuim. Van de drie onderzochte ongezonde levensstijlen heeft obesitas in combinatie met onvoldoende lichaamsbeweging de grootste impact op ziekteverzuim.'

Investeren in een gezonde toekomst

PwC becijfert dat preventie gericht op jonge mensen het grootste maatschappelijke rendement oplevert. Daarbij toont het onderzoek aan dat juist individuele interventies zoals bijvoorbeeld coaching en begeleiding het meest kostenefficiënt zijn. Tegelijkertijd kunnen massamediale campagnes hierop een duidelijk versterkend effect hebben. Hoewel investeren in preventie gericht op jonge mensen het meest 'rendabel' is, is PwC van mening dat ook preventie en interventies gericht op ouderen van wezenlijk belang is. Deze investering zorgt namelijk voor een betere kwaliteit van leven en de maatschappij heeft langer profijt van de inzet van ouderen. Bijvoorbeeld in de vorm toegevoegde waarde als vrijwilligerswerk.

'Preventie is één van de belangrijkste peilers voor een gezonde toekomstige maatschappij. Nu de impact van preventie voor het eerst op deze manier in getallen is uitgedrukt, kan de discussie pas écht gevoerd worden. In veel scenario's is het rendement van preventie dermate interessant dat voldoende financiering ter beschikking zou moeten worden gesteld om barrières - zoals de discussie rondom waar de baten vallen en wie de initiële rekening betaalt — te overbruggen', aldus Velthuisen. 'Preventie creëert baten voor werkgevers, verzekeraars, zorginstellingen, de overheid en het individu, en dat biedt in beginsel de ruimte om een systeem te bedenken dat iedere betrokkenen prikkelt om in preventie te investeren.'

---

© 2007-2011 PwC All rights reserved.

"PricewaterhouseCoopers" and "PwC" refer to the network of memberfirms of PricewaterhouseCoopers International Limited (PwCIL). Each memberfirm is a separate legal entity and does not act as agent of PwCIL or any other memberfirm. PwCIL does not provide any services to clients. PwCIL is not responsible or liable for the acts or omissions of any of its memberfirms nor can it control the exercise of their professional judgment or bind them in any way. No member firm is responsible or liable for the acts or omissions of any other member firm nor can it control the exercise of another member firm's professional judgment or bind another member firm or PwCIL in any way.