

*Titel*

Nota Lokaal gezondheidsbeleid 2007-2011  
Gemeente Zijpe

Samenlevingzaken  
W. A. Botman - de Wit  
(beleidsmedewerker zorg)

december 2007

Gemeente Zijpe  
Postbus 5  
1750 AA Schagerbrug

## Voorwoord

Wij hebben op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de Gemeentewet een aantal taken op het gebied van de gezondheid van inwoners. Voorheen voerde de GGD deze taken uit waarvoor de gemeente geld beschikbaar stelde. De minister van Volksgezondheid heeft de gemeenten opdracht gegeven meer eigen beleid te ontwikkelen en dat beleid vast te stellen in lokale gezondheidsnota's. Deze nota is een vervolg op de in mei 2003 vastgestelde nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007, "Zijpe Gezond".

Wij hebben na het vaststellen van die nota het initiatief genomen twee werkgroepen in het leven te roepen, te weten: "Werkgroep Leefstijl Ouderen" en de "Werkgroep Leefstijl Jongeren". Zowel in het Platform "Zijpe Gezond" als in beide werkgroepen participeren organisaties, instellingen en lokale partners. De uitgangspunten en doelstellingen die in de nota "Zijpe Gezond" waren geformuleerd zijn de kaders van uitvoering geweest. In de gehouden bijeenkomsten van genoemde overleg organen zijn prioriteiten benoemd en acties opgesteld. In paragraaf 2.3 staat beschreven op welke wijze het geformuleerde beleid is geëvalueerd.

In deze nota 'Lokaal gezondheidsbeleid 2007-2011' wordt aangehaakt bij de rijksnota 'Langer Gezond Leven, ook een kwestie van gezond gedrag' waarin vijf speerpunten worden beschreven namelijk roken, overgewicht, depressie, alcohol en diabetes.

Wij hebben gekozen voor regionale aanpak. Het regionale gedeelte van de nota is opgesteld door de ambtelijke werkgroep Lokaal Gezondheidsbeleid, in nauw overleg met het ambtenarenoverleg volksgezondheid Kop van Noord-Holland. In de werkgroep waren de gemeenten Anna Paulowna, Den Helder, Harenkarspel en Wieringen vertegenwoordigd. Het regionale gedeelte is door de gemeente Zijpe aangevuld met onder meer lokale beleidsontwikkelingen, voornemens en activiteiten.

Er is bewust gekozen voor een uitgebreide theoretische opzet van deze nota. Aanleiding is de in stroomversnelling geraakte landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen op het gebied van het gezondheidsbeleid. Eveneens is en maakt de integrale aanpak en het in samenhang brengen van dit terrein het noodzakelijk dat de actuele lokale en regionale stand van zaken erin opgenomen is.

### De werkgroep bestond uit:

De heer J. Abbingh, gemeente Wieringen  
Mevrouw M. Comajta, GGD Hollands Noorden (penvoerder)  
Mevrouw J. Gielens, gemeente Anna Paulowna  
De heer L. Hooghiemstra, gemeente Harenkarspel  
De heer R. Prijs, gemeente Den Helder  
Secretariële ondersteuning: mevrouw W. Adema, GGD Hollands Noorden

### Daarnaast hebben de volgende medewerkers van de GGD een belangrijke bijdrage geleverd:

Mevrouw J. de Leeuw den Bouter, epidemioloog  
Mevrouw C. Vreugdenhil, beleidsmedewerker gezondheidsbevordering  
Mevrouw M. Huitinck, beleidsmedewerker gezondheidsbevordering

## Inhoudsopgave

VOORWOORD.....	2
INHOUDSOPGAVE.....	3
INLEIDING.....	5
<b>1 GEZONDHEID, GEMEENTEN EN GEZONDHEIDSBELEID.....</b>	<b>7</b>
1.1 WAAROM GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID? .....	7
1.2 GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSBELEID .....	7
1.3 VERANTWOORDELIJKHEDEN GEMEENTE.....	8
1.3.1 <i>Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)</i> .....	8
1.3.2 <i>Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)</i> .....	11
1.3.3 <i>Relatie tussen de Wcpv en de Wmo</i> .....	12
1.3.4 <i>OGGZ in de Wmo</i> .....	13
<b>2 EVALUATIE BELEID 2003-2007: NOTA NOG TEVEEL PAPIEREN TIJGER.....</b>	<b>14</b>
2.1 EVALUATIE DOOR DE INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG .....	14
2.2 PROCES-EVALUATIE KOP VAN NOORD-HOLLAND.....	14
2.3 EVALUATIE VAN HET BELEID VAN GEMEENTE ZIJPE.....	15
<b>3 ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG.....</b>	<b>19</b>
3.1 PREVENTIENOTA VAN VWS ALS KADER VOOR NIEUW BELEID .....	19
3.1.1 <i>Bevorderen gezonde leefstijl als hoofdthema van beleid</i> .....	19
3.1.2 <i>Speerpunten en doelstellingen</i> .....	19
3.1.3 <i>Toetsing nieuw beleid</i> .....	20
3.2 LANDELIJKE WETGEVING IN RELATIE TOT GEZONDHEIDSZORG .....	20
3.2.1 <i>Bouwbesluit</i> .....	20
3.3 REGIONALE ONTWIKKELINGEN IN RELATIE TOT GEZONDHEIDSBELEID .....	21
3.3.1 <i>Woonbeleid</i> .....	21
3.3.2 <i>Veiligheid</i> .....	22
3.4 LOKALE ONTWIKKELINGEN IN RELATIE TOT GEZONDHEIDSBELEID .....	23
3.4.1 <i>Wmo beleid</i> .....	23
3.4.2 <i>Onderwijsbeleid</i> .....	23
3.4.3 <i>Ouderenbeleid</i> .....	24
3.4.4 <i>Gehandicaptenbeleid</i> .....	24
3.4.5 <i>Sportbeleid</i> .....	25
3.4.6 <i>Leefbaarheid: LEMON – onderzoek</i> .....	25
<b>4 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS GEMEENTEN KOP VAN NOORD-HOLLAND.....</b>	<b>28</b>
4.1 INLEIDING.....	28
<b>5 GEZONDHEIDSTOESTAND ALGEMEEN EN TOEGESPITST OP DE SPEERPUNTEN VAN VWS.....</b>	<b>30</b>
5.1 INLEIDING.....	30
5.2 GEZONDHEIDSTOESTAND IN HET ALGEMEEN .....	30
5.3 ROKEN: NOG STEEDS DE BELANGRIJKSTE DOODSOORZAAK .....	31
5.4 OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK: EEN GROOT PROBLEEM IN DE KOP VAN NOORD-HOLLAND.....	32
5.5 OVERGEWICHT: EEN NATIONALE PLAAG .....	33
5.6 DIABETES MELLITUS .....	34
5.7 DEPRESSIE / PSYCHISCHE PROBLEMEN.....	34
5.8 CONCLUSIE .....	36
<b>6 KEUZE BELEIDSSPEERPUNTEN IN DE REGIO KOP VAN NOORD-HOLLAND.....</b>	<b>37</b>
6.1 PRIORITERING EN KEUZE BELEIDSSPEERPUNTEN.....	37
6.2 OVERIGE SPEERPUNTEN VAN VWS .....	39
6.3 VOLKSGEZONDHEID OPNEMEN ALS SPEERPUNT VOOR INTEGRAAL BELEID .....	39

<b>7</b>	<b>UITVOERINGSPROGRAMMA'S SPEERPUNTEN: JEUGD EN ALCOHOL EN PSYCHISCHE PROBLEMEN</b> .....	<b>41</b>
7.1	JEUGD EN ALCOHOL, REGIONAAL PROJECTVOORSTEL .....	41
7.1.1	<i>Bestaande activiteiten Jeugd en alcohol</i> .....	41
7.1.2	<i>Nieuwe activiteiten Jeugd en alcohol</i> .....	42
7.2	JEUGD EN ALCOHOL, LOKAAL PROJECTVOORSTEL .....	45
7.3	PSYCHISCHE PROBLEMEN, REGIONAAL PROJECTVOORSTEL .....	46
7.3.1	<i>Bestaande activiteiten Psychische problemen</i> .....	46
7.3.2	<i>Nieuwe activiteiten Psychische problemen</i> .....	47
7.4	PSYCHISCHE PROBLEMEN, LOKAAL PROJECTVOORSTEL .....	49
<b>8</b>	<b>UITVOERINGSPROGRAMMA'S: ROKEN, OVERGEWICHT, DIABETES MELLITUS</b> .....	<b>50</b>
8.1	ROKEN, REGIONAAL / LOKAAL PROJECTVOORSTEL .....	50
8.2	OVERGEWICHT, REGIONAAL / LOKAAL PROJECTVOORSTEL.....	50
8.3	DIABETES MELLITUS, REGIONAAL / LOKAAL PROJECTVOORSTEL .....	52
8.4	CONCLUSIE EN FINANCIËLE PARAGRAAF SPEERPUNTEN KOMENDE VIER JAAR .....	52
<b>9</b>	<b>ACTIEPLANNEN</b> .....	<b>53</b>
9.1	ACTIEPLAN PSYCHISCHE PROBLEMEN.....	54
9.2	ACTIEPLAN JEUGD EN ALCOHOL.....	55
9.3	ACTIEPLAN LOKAAL GERICHTE PROJECTEN/ACTIVITEITEN.....	56
	<b>LITERATUUR</b> .....	<b>59</b>
	<b>BIJLAGE 1 MODEL VAN LALONDE</b> .....	<b>60</b>
	<b>BIJLAGE 2 WET COLLECTIEVE PREVENTIE VOLKSGEZONDHEID</b> .....	<b>61</b>
	<b>BIJLAGE 3 BESLUIT JEUGDGEZONDHEIDSZORG</b> .....	<b>64</b>
	<b>BIJLAGE 4 RELEVANTE WETGEVING VOOR GEMEENTELIJK GEZONDHEIDSBELEID</b> .....	<b>66</b>
	<b>BIJLAGE 5 TAKEN VAN DE GGD</b> .....	<b>68</b>
	<b>BIJLAGE 6 TRENDS IN DE SAMENLEVING DIE DE GEZONDHEID BEÏNVLOEDEN</b> .....	<b>71</b>
	<b>BIJLAGE 7 ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEID(SZORG)</b> .....	<b>72</b>
	<b>BIJLAGE 8 INDICATOREN IGZ</b> .....	<b>74</b>
	<b>INDEX VRAGENLIJST INDICATOREN</b> .....	<b>74</b>
	<b>INDEX BEGRIPPENLIJST AFKORTINGEN</b> .....	<b>76</b>

## Inleiding

Voor u ligt de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Zijpe. De eerste nota betrof de periode 2003-2007. De voorliggende nota betreft de periode 2007-2011.

Deze tweede nota kan gezien worden als een herijking van het in de eerste nota geformuleerde beleid. Daarnaast hebben zich in de tussenliggende tijd maatschappelijke ontwikkelingen voorgedaan die aanpassing van het beleid noodzakelijk maken. De volgende trends in de samenleving vinden hun weerslag in het gezondheidsbeleid.

- dubbele vergrijzing en ontgroening;
- arbeidsparticipatie;
- immigratie;
- ontwikkeling van de informatiemaatschappij;
- verandering aard problematiek;
- sociaal isolement.

Daarnaast is de gezondheidszorg sterk in ontwikkeling. Ontwikkelingen die hun stempel drukken op de gezondheidszorg zijn onder andere:

- wijziging in het zorgstelsel en introductie van marktwerking;
- de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning;
- extramuralisering;
- verandering van gezondheidsonderwerpen;
- verschuiving van verantwoordelijkheden;
- een mogelijk tekort aan huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners.

In bijlage zes en zeven zijn bovenstaande trends en ontwikkelingen nader uitgewerkt.

### Kiezen voor gezond leven

De preventienota van het ministerie van VWS 'Kiezen voor gezond leven' (oktober 2006) is richtinggevend voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De Rijksprioriteiten geven sturing aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid die medio 2007 klaar moeten zijn. Het is de bedoeling dat het Rijk en de gemeenten nauw samenwerken om de doelstellingen die in de preventienota genoemd worden te bereiken. In deze Rijksnota zijn vijf speerpunten geformuleerd: roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie.

Om de beschikbare middelen en formatie zo efficiënt mogelijk in te zetten, hebben de gemeenten in de Kop van Noord-Holland gezamenlijk een basisnota opgesteld, waarin de vijf speerpunten die VWS in de preventienota noemt, zijn uitgewerkt. De speerpunten zijn uitgebreid aan de orde geweest tijdens de conferentie op 15 januari van dit jaar, waarbij zowel bestuurders, ambtenaren als vertegenwoordigers van alle betrokken partijen aanwezig waren. De kennis en ervaringen die uitgewisseld zijn tijdens de conferentie hebben als input gediend voor deze nota.

Twee van de vijf genoemde speerpunten van VWS namelijk 'alcoholgebruik bij jongeren' en 'Psychische problemen' verdienen / krijgen in het regionale en lokale gezondheidsbeleid de komende vier jaar extra aandacht, omdat de Kop van Noord-Holland hierin negatief afwijkt ten opzichte van het landelijke beeld. De GGD heeft hiervoor, in overleg met alle gemeenten in de Kop van Noord-Holland een vierjarenplan opgesteld. De uitvoeringsplannen (zie hoofdstuk zeven) die gekoppeld zijn aan de twee speerpunten zijn tevens vertaald in actieplannen (zie hoofdstuk negen) en voornemens tot verdere (beleids)ontwikkelen en activiteiten. De drie andere speerpunten van VWS, namelijk roken, overgewicht en diabetes

mellitus, krijgen ook aandacht in de nota en zijn vertaald in regionale en/of lokale actieprogramma's (zie hoofdstuk acht).

#### Raakvlakken met gezondheidsbeleid

In de regionale nota staan de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot het gezondheidsbeleid beschreven. Dit gedeelte is aangevuld met regionale en lokale (beleids)ontwikkelingen en voornemens in Zijpe die raakvlakken hebben met de gezondheidszorg. Naast de Wmo, waarin de OGGZ is opgenomen, worden onder meer veiligheid, onderwijsbeleid, sportbeleid, ouderenbeleid, woonbeleid en leefbaarheid benoemd.

# 1 Gezondheid, Gemeenten en Gezondheidsbeleid

## 1.1 Waarom gemeentelijk gezondheidsbeleid?

Gemeenten hebben voldoende redenen om een lokaal gezondheidsbeleid te voeren. Een gezonde en gelukkige bevolking vormt immers de basis voor een goed functionerende en productieve samenleving. Gezonde mensen kunnen beter meedoen aan de maatschappij en hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg dient dus duidelijk een maatschappelijk belang.

Daarnaast zijn gemeenten vanuit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) ook verplicht elke vier jaar een gezondheidsbeleid op te stellen en dit in een nota vast te leggen.

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

## 1.2 Gezondheid en gezondheidsbeleid

De World Health Organisation (WHO) definieert gezondheid als: *een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden*. Deze definitie is ook in de voorliggende nota 'Lokaal Gezondheidsbeleid 2003-2007' gehanteerd.

De gezondheid van mensen wordt beïnvloed door de volgende factoren (Lalonde, 1974, zie ook bijlage 1):

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

Gemeenten kunnen hun beleid richten op de eerste drie factoren: de fysieke en sociale omgeving, de leefstijl van mensen en de toegankelijkheid van het zorgaanbod. Een integrale aanpak van gezondheidsproblemen is het meest effectief. Om gezond gedrag te bevorderen, is het bijvoorbeeld logisch een omgeving te creëren die gezonde keuzen mogelijk maakt/uitlokt. Dan gaat het niet alleen om school, maar ook thuis, op de sportclub en op het werk.

### *Integrale aanpak*

Om een effectief gezondheidsbeleid te ontwikkelen en uit te voeren is het nodig dat actoren op alle beleidsterreinen van de samenleving - zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer - zich betrokken voelen bij de openbare gezondheidszorg. Door middel van

integraalbeleid kan de gemeente vanuit deze beleidsterreinen invloed uitoefenen op de volksgezondheid.

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

### ***Gemeentelijke sturingsinstrumenten***

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

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

## **1.3 Verantwoordelijkheden gemeente**

De wetten die de basis vormen voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid met betrekking tot de gezondheid van de burgers zijn: de Grondwet, de Gemeentewet, de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zowel de Grondwet als de Gemeentewet schrijven geen concrete taken of activiteiten voor. Het betreft daar een autonome gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van regelgeving (het maken van verordeningen). We kunnen hier dan ook spreken van wetten die bevoegdheid geven. De Wet collectieve preventie volksgezondheid en de Wet maatschappelijke ondersteuning verplichten gemeenten tot een verantwoordelijkheid op het uitvoerende vlak. Hier is sprake van wetten die verplichten.

### **1.3.1 Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)**

De Wcpv (zie bijlage twee) heeft tot doel de gezondheid van de bevolking te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De wet verplicht gemeenten vierjaarlijks een gezondheidsbeleid te ontwikkelen en dit vast te leggen in een nota.

#### Taken die in de Wcpv worden genoemd zijn:

- 1. Epidemiologie:** het verzamelen en analyseren van gegevens omtrent de gezondheidssituatie van de bevolking;
- 2. Gezondheidsbevordering:** het uitvoeren van preventieprogramma's, bijvoorbeeld gericht op gedragsverandering;
- 3. Infectieziektebestrijding:** het doen van onderzoek, bron- en contactopsporing en het nemen van preventieve maatregelen;
- 4. Medische milieukunde:** onderzoeken, adviseren en signaleren op het terrein van milieu en gezondheid, bijvoorbeeld asbest, geluidshinder, binnenmilieu;
- 5. Zorg voor 0-19 jarigen<sup>1</sup>:** (Jeugdgezondheidszorg): onder meer monitoren en signaleren, adviseren, geven van gezondheidsvoorlichting, vaccineren;

---

<sup>1</sup> De 0-4-jarigenzorg is in de regio Kop van Noord-Holland uitbesteed aan de stichtingen Corbis Plus en Eveen. De jeugdgezondheidszorg voor 4-19-jarigen ligt bij de GGD Hollands Noorden.



6. **Openbare geestelijke gezondheidszorg**<sup>2</sup>: het geven van beleidsadviezen en het uitvoeren van preventieve en curatieve zorg, als vangnet voor kwetsbare groepen in de samenleving;
7. **Technische hygiënezorg**: uitvoeren van technische hygiënezorg in bijvoorbeeld kindercentra, bij tatoeage- en piercingstudio's, grote evenementen en seks- en relaxhuizen;
8. **Bevolkingsonderzoeken**: het coördineren van screenings borstkanker en baarmoederhalskanker;
9. **Het bewaken van gezondheidsaspecten**: in bestuurlijke beslissingen op andere beleidsterreinen, zoals ruimtelijke ordening, huisvesting, verkeer, sociale zekerheid;
10. **Het bevorderen van afstemming**: tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

Voor de uitvoering van de in de Wcpv genoemde taken houdt de gemeente een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand (Wcpv, artikel 5:1, zie bijlage twee). Dit maakt de GGD tevens de belangrijkste partner binnen het lokaal gezondheidsbeleid. Van de Wcpv-taken die de GGD uitvoert, zijn de meeste min of meer centraal (vanuit de Rijksoverheid) geregeld. In bijlage vijf staan de basistaken van de GGD kort beschreven. De taken waar de gemeente meer regie over heeft, zijn:

- het maatwerkdeel binnen de Jeugdgezondheidszorg;
- medische milieukunde;
- beleidsadvisering;
- (deels) epidemiologie; en
- gezondheidsbevordering.

#### Ontwikkelingen in de Wcpv-taken:

##### **Kwaliteitsbeleid**

Om de kwaliteit van de Wcpv-taken te verbeteren is landelijk het programma 'Beter Voorkomen' van VWS (en GGD Nederland) ingezet. Dit bestaat uit verschillende onderdelen, waaronder: Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg-certificering van de Wcpv-basistaken, ontwikkeling JGZ-benchmark, verbetering GGD-benchmark en versterking van de regierol van gemeenten. Het kwaliteitsbeleid, met name het project om te komen tot certificering volgens het model van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, zal de komende jaren veel tijd en aandacht opeisen en inzet vragen van de GGD. Na de fusie van de drie GGD'en in Noord-Holland Noord is dit een belangrijk speerpunt voor de GGD de komende jaren.

##### **Digitale publieksinformatie**

De GGD heeft, als onafhankelijke gemeentelijke gezondheidsdienst, een centrale rol in de regionale publieksinformatie. De vorige cyclus lokaal gezondheidsbeleid hebben de gemeenten in de Kop van Noord-Holland en de GGD zich ingespannen de digitale gezondheidsinformatie in de regio te structureren. Ook is geïnvesteerd in de opzet van een betrouwbare regionale sociale kaart. Dit is de Zorgwijzer geworden. Samen met de fusiepartners zijn de eerste stappen gezet voor de ontwikkeling van een overkoepelende website (Gezond NHN). Deze webportal zal de komende jaren, nu de GGD gefuseerd is, meer vorm gaan krijgen.

---

<sup>2</sup> De OGGZ valt vanaf 1 januari 2007 onder de Wmo, maar de Wcpv is nog niet aangepast op dit punt.

Niet alleen op grond van de Wcpv, maar ook op grond van de Wmo, zoals weergegeven staat in prestatieveld 3 'het geven van advies en informatie', is er een verplichte informatievoorziening op het gebied van wonen, welzijn en zorg. In de regio worden initiatieven op het gebied van informatievertrekking met betrekking tot zowel Wcpv- als Wmo taken ontwikkeld. Dit wordt uitgewerkt in het vierjarig Wmo beleidsplan en krijgt onder andere vorm in de wmo-webwinkel.

## **Ad 2. Medische Milieukunde (MMK)**

De volgende taken behoren tot de Medisch Milieukundige taak van gemeenten / de GGD'en:

1. Signalering van ongewenste situaties
  - het verzamelen, registreren en analyseren van gegevens;
  - proactief onderzoek;
2. Beleidsadvisering
  - beleidsadvies bij planontwikkeling;
  - advisering ten behoeve van de uitvoering van beleid;
3. Beantwoording en behandeling van vragen, klachten en meldingen
4. Voorlichtingsactiviteiten ter preventie
5. Advisering over risico's bij milieu-incidenten
  - algemene advisering over risico's (reguliere GGD-taak);
  - advisering over risico's bij rampen of bij de dreiging van rampen (ondersteuning hulpverleningsdiensten en gemeenten). Hierin zit een overlap met de taak die het GHOR uitoefent.

Op dit moment werkt de MMK in de regio voornamelijk reactief. Vanuit preventief oogpunt is op lokaal beleidsniveau meer structurele aandacht voor de relatie tussen gezondheid en milieu wenselijk.

## **Ad. 5 Jeugdgezondheidszorg**

Het beleidsterrein jeugd is zowel landelijk, regionaal als lokaal sterk in beweging. De belangrijkste ontwikkelingen die de komende jaren aandachtspunten zijn worden genoemd.

### ***Invoering elektronisch kinddossier***

Ieder kind dat in Nederland wordt geboren krijgt een elektronisch kinddossier (EKD). De invoering hiervan start op 1 januari 2008 en moet een jaar later zijn afgerond. De artsen en verpleegkundigen van de Jeugdgezondheidszorg gaan het EKD bijhouden. Verschillende instanties kunnen signalen aan het dossier toevoegen, zonder dat ze het dossier kunnen inzien. De privacy van het kind wordt zo bewaakt en de Jeugdgezondheidszorg heeft sneller inzicht in problemen en kan sneller hulp inzetten.

De GGD volgt bij de invoering het landelijke beleid. Gemeenten en de GGD moeten in het komende jaar een aantal belangrijke besluiten nemen rond de invoering van het EKD, onder andere hoe om te gaan met de papieren dossiers van kinderen die eerder geboren zijn (volledig of gedeeltelijk omzetten). De GGD zal de gemeenten hiervan regelmatig op de hoogte houden.

### ***Ontwikkeling Centra voor Jeugd en Gezin***

Gemeenten hebben de opdracht de taken rond opgroeien en opvoeden die onder hun verantwoordelijkheid vallen vanuit de Wcpv en de Wmo zo te organiseren dat deze gebundeld aan het kind en de ouders worden aangeboden in een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG).

Ook dit zal de komende jaren zijn beslag krijgen en veel van gemeenten en andere betrokken partijen vragen.

De invoering van het elektronisch kinddossier en de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) zorgen ervoor dat ieder kind in beeld is en er in een zo vroeg mogelijk stadium hulp ingezet kan worden, indien nodig. Door deze ontwikkelingen wordt de centrale rol van de Jeugdgezondheidszorg binnen de jeugdzorg / het jeugdbeleid aanzienlijk versterkt, waardoor de gemeentelijke regiefunctie wordt verbeterd.

### ***Openbare gezondheidszorg (OGZ) en collectieve preventie***

De termen collectieve preventie en openbare gezondheidszorg worden vaak door elkaar gebruikt (tegenwoordig vindt de term 'publieke gezondheidszorg' meer opgang). Karakteristiek voor de openbare gezondheidszorg is dat er eerder sprake is van een maatschappelijke dan van een individuele hulpvraag. Bij openbare gezondheidszorg gaat het om zorg voor de gezondheid van de samenleving als geheel, van risicogroepen en van mensen die tussen wal en schip raken.

Collectieve preventie kan zich richten op allerlei verschillende aspecten van het leven, van onderzoeken door de jeugdarts tot voorlichting over het tegengaan van overgewicht, van de uitvoering van anti-pestprogramma's in het onderwijs tot depressiepreventie via e-health (elektronische zorg), van verslavingspreventie tot reizigersvaccinatie en van valpreventie bij ouderen tot het tegengaan van vochtige woningen of het bieden van een vangnet voor de meest kwetsbaren. Voor het bereiken van de doelen van de collectieve preventie is het nodig dat alle beleidsterreinen van de samenleving zich betrokken voelen. Deze raken namelijk aan allerlei andere gemeentelijke beleidsterreinen zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer. Beslissingen die op deze terreinen worden genomen, beïnvloeden de openbare gezondheidszorg. De openbare gezondheidszorg begeeft zich hierdoor ook buiten de keten van de gezondheidszorginstellingen.

Daarnaast omvat de Openbare Gezondheidszorg ook activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg (via regie, informatie en indicatie) en het optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen.

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

Vanaf 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht. Het doel van de Wmo is dat iedereen maatschappelijk kan participeren. De Wmo regelt hoofdzakelijk bestaande voorzieningen, maar dan vanuit een nieuw wettelijk kader. De Welzijnswet en de Wet voorziening gehandicapten zijn opgegaan in de Wmo. Nieuw zijn onderdelen die vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de gemeente overgeheveld zijn. Ook is de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) overgeheveld van de Wcpv naar de Wmo.

De Wmo is een kaderwet: de Rijksoverheid stelt de regels en randvoorwaarden vast, waarna gemeenten zelf mogen bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseren. De gemeente krijgt de regie omdat de gemeente beter zicht heeft op de plaatselijke situatie dan de Rijksoverheid. Daarnaast zal de Wmo marktwerking stimuleren waardoor organisaties flexibeler moeten gaan inspelen op de wensen van de burgers.

Het doel is participatie van alle burgers aan alle facetten van de samenleving, zo mogelijk met behulp van familie, vrienden of bekenden. Aan kwetsbare groepen, zoals ouderen en mensen met een beperking moet extra aandacht worden besteed.

De Wmo bevat negen verschillende prestatievelden waarop de gemeente beleid en voorzieningen moet regelen, op ieder prestatieveld verwacht het Rijk van de gemeente een bepaalde inspanning. De inspanning die de gemeente gaat leveren moet eens per vier jaar vastgelegd worden in een beleidsplan. In het vierjarig Wmo beleidsplan van de gemeente Zijpe wordt het beleid op deze negen prestatievelden nader uitgewerkt.

De negen prestatievelden van de ‘maatschappelijke ondersteuning’:

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.

Aangezien de negen prestatievelden veel raakvlakken hebben met het gezondheidsbeleid wordt in deze nota veelvuldig een link gelegd naar het vierjarig Wmo beleidsplan.

### 1.3.3 Relatie tussen de Wcpv en de Wmo

De relatie tussen de Wcpv en de Wmo kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar functionerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. De Wcpv begeeft zich met name op het gebied van primaire<sup>3</sup> en secundaire<sup>4</sup> preventie en heeft als doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. De Wmo richt zich vooral op secundaire en tertiaire<sup>5</sup> preventie en heeft als doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder, andersom maakt een goede gezondheid in zowel psychisch, sociaal, als fysiek opzicht deelname aan de maatschappij beter mogelijk. Gezondheid in brede zin speelt dus een belangrijke rol bij de Wmo.

<sup>3</sup> Primaire preventie: (collectieve) preventie gericht op het voorkomen van ziekten (inenting).

<sup>4</sup> Secundaire preventie: (collectieve) preventie gericht op het opsporen van ziekten in een stadium waarin nog geen of weinig klachten bestaan (bevolkingsonderzoeken).

<sup>5</sup> Tertiaire preventie: (collectieve) preventie die erop gericht is bestaande gezondheidsproblemen op te heffen, te reduceren of te compenseren.

**Belang van preventie**

De relatie tussen de Wcpv en de Wmo geeft tevens inzicht in het belang van preventie. Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de Wmo te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt. Veel (gezondheids) winst is te behalen wanneer men problemen voorkomt of anders zo vroeg mogelijk in het (ziekte)proces ingrijpt.

***Om te zorgen dat mensen kunnen (blijven) participeren in de maatschappij is het van belang voldoende te investeren in (collectief) preventief beleid dat voorafgaat aan behandeling, verzorging en welzijnsactiviteiten.***

**1.3.4 OGGZ in de Wmo**

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) omvat alle activiteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, die worden uitgevoerd niet naar aanleiding van een vrijwillige, individuele hulpvraag.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de regie van OGGZ-activiteiten op lokaal niveau en de beschikbaarheid van een OGGZ-basisaanbod. Een minimumpakket voor OGGZ op regionaal niveau bestaat uit de onderdelen:

- samenwerkingsverband (OGGZ-coördinatieorgaan)
- crisisopvang/acute zorg
- bemoeizorg
- dak- en thuislozenzorg
- sociale kaart
- rampenplan (psychosociale hulpverlening bij rampen)
- signalering en beleidsadvisering
- consultatie tussen OGGZ partners onderling en preventie van psychische problemen bij niet nader omschreven doelgroepen.

Financiering van de OGGZ functie vindt onder andere plaats via het gemeentefonds. Vanaf 1 januari 2007 is het wettelijke takenpakket van gemeenten op het gebied van de OGGZ opgegaan in de Wmo, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen. Overgehevelde taken zijn de uitvoerings- en bevorderingstaken die eerder vanuit de AWBZ gefinancierd werden. Deze wijziging geeft gemeenten meer mogelijkheden om op deze taken te sturen. De regierol over de OGGZ is ongewijzigd. Dit blijft bij de gemeenten. De beleids- en onderzoektaken zijn uitgezet bij de GGD. Het is wenselijk dat de onderzoeksfunctie ten aanzien van de OGGZ-doelgroepen nog wordt uitgebreid.

## **2 Evaluatie beleid 2003-2007: nota nog teveel papieren tijger**

### **2.1 Evaluatie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg**

Na de wijziging van de Wcpv in 2003, moesten gemeenten vóór 1 juli van dat jaar hun eerste vierjaarlijkse nota lokaal gezondheidsbeleid hebben vastgesteld. Een belangrijke reden voor de wijziging van de Wcpv was de constatering van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 1995 dat gemeentebesturen weinig prioriteit gaven aan hun wettelijke taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg.

In 2005 heeft de IGZ de situatie opnieuw tegen het licht gehouden in een steekproef van honderd gemeenten, waarin drie gemeenten grootte representatief vertegenwoordigd waren. De IGZ concludeert in dit onderzoek dat de openbare gezondheidszorg de afgelopen tien jaar merkbaar is verbeterd. De bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten is toegenomen, er staat beleid op papier en er is meer aandacht voor uitvoering. De uitvoering is echter de bottleneck. Gemeenten:

- kennen de lokale gezondheidssituatie nog onvoldoende om de juiste prioriteiten te kunnen stellen; maatregelen sluiten daardoor niet aan op de problemen;
- kijken nog te weinig naar de uitvoering van voornemens in hun nota's;
- gebruiken beschikbare bewezen effectieve maatregelen nog onvoldoende;
- gebruiken nog te weinig eigen instrumenten om leefstijlveranderingen te ondersteunen;
- brengen nog te weinig samenhang in het lokale gezondheidsbeleid.

Voor een deel kunnen de problemen en het gebrek aan succes ook op landelijke knelpunten worden teruggevoerd. Er is namelijk te weinig regie en samenhang. Zo worden lokale organisaties overstelpt met preventieproducten, vindt er onvoldoende afstemming plaats tussen, en is er onvoldoende kennis over, goede praktijkvoorbeelden op lokaal niveau. Hier gaat het kabinet iets aan doen.

### **2.2 Procesevaluatie Kop van Noord-Holland**

De bevindingen van de IGZ over de eerste cyclus gelden grosso modo ook voor de Kop van Noord-Holland. De GGD heeft gemeenteambtenaren in de regio gevraagd hoe zij aankijken tegen de eerste cyclus. Ook in de regio heeft het opstellen van de nota gezondheidsbeleid geleid tot meer aandacht voor openbare gezondheid. Kanttekeningen zijn dat bij de totstandkoming van het beleid burgers nog relatief weinig zijn betrokken, dat het beleid nog weinig integraal is en dat bij een aantal gemeentebesturen sinds het vaststellen van de nota de aandacht is weggeëbd. Dit ligt niet zozeer aan de inhoud van het beleid, maar aan het feit dat bij meer dan de helft van de gemeenten activiteitenplannen, financiering, formatie en evaluatie ontbreken. Voor een groot aantal gemeenten laat het algemene beeld zien dat de uitvoering en de resultaten zijn achtergebleven bij de voornemens. De gemeente Zijpe wijkt hierin af. De beleidsmaatregelen die opgenomen zijn in de vorige nota zijn grotendeels uitgevoerd ( zie paragraaf 2.3) . De lokale ontwikkelingen staan vermeld in paragraaf 3.4 en het lokale actieplan gezondheidsbeleid 2007 – 2011 in paragraaf 9.3.

### 2.3 Evaluatie en voortgang van het beleid van gemeente Zijpe

De gemeenteraad van Zijpe heeft op 22 april 2003 de nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007, "Zijpe Gezond" vastgesteld. Bij de opstelling van de nota is het Platform "Zijpe Gezond" betrokken en heeft regionale (gewest gemeenten) afstemming plaatsgevonden. De uiteindelijke nota is voor iedere gemeente apart vastgesteld en aangepast aan de lokale situatie. Het Platform "Zijpe Gezond" fungeert daarbij als projectgroep en heeft als taak: voortgangsbewaking, rapporteren aan de commissie en jaarlijks het actieprogramma voor het volgend jaar bepalen. In het platform participeren organisaties, instellingen en lokale partners. De gemeente heeft na het vaststellen van die nota het initiatief genomen twee werkgroepen in het leven te roepen, te weten: "Werkgroep Leefstijl Ouderen" en de "Werkgroep Leefstijl Jongeren". Ook in deze werkgroepen participeren organisaties, instellingen en lokale partners. De uitgangspunten en doelstellingen die in de nota "Zijpe Gezond" waren geformuleerd zijn de kaders van uitvoering geweest. In de gehouden bijeenkomsten van genoemde overleg organen zijn prioriteiten benoemd en acties opgesteld. In deze paragraaf staat beschreven op welke wijze het geformuleerde beleid is geëvalueerd. Vanaf 2003 zijn rapportages opgesteld over de voortgang. De laatst actuele evaluatie over de voortgang van het lokale gezondheidsbeleid is die van 4 december 2006 en is ter kennisneming voorgelegd aan de commissie.

#### **Ondersteuning van de mantelzorgers**

Mantelzorgers leveren samen met vrijwilligers een belangrijke en onmisbare bijdrage aan de langdurige zorg. De waarde van hun investering in de zorg is vrijwel niet te verzilveren of te vervangen door professionele zorg. Ze leveren tijd, kwaliteit en aandacht die professionele zorgverleners vaak niet of niet in die mate kunnen leveren.

Om het aanbod van mantelzorgondersteuning in Zijpe in beeld te krijgen is een mantelzorgmarkt georganiseerd. De aanwezige organisaties/instellingen hebben aangegeven welke producten of diensten zij aan kunnen bieden om mantelzorgers te ondersteunen. Vervolgens is een overzicht gemaakt van de belangrijkste knelpunten, gekeken naar wat organisaties gezamenlijk kunnen doen om deze knelpunten op te lossen, maar ook wat van de gemeente verwacht wordt als het gaat om ondersteuning van mantelzorgers. Daarbij is het belangrijk om te weten waar hebben de mantelzorgers uit Zijpe behoefte aan, hoe kijken zij tegen de zorgsituatie aan en weten zij de weg te vinden naar de mogelijkheden van ondersteuning? Om hier achter te komen is een groepsgesprek georganiseerd met negen mantelzorgers uit de gemeente Zijpe. Uitwerking van de resultaten worden beschreven in de nota Mantelzorg.

#### **Opvoedingsondersteuning bij ouders**

Het belang om ouders te steunen bij het opvoedingsproces en daarmee de opvoedingssituatie voor de kinderen te verbeteren wordt breed erkend. In regionaal verband zijn er al enkele jaren projecten in uitvoering bij Jeugd adviesteam (JAT) en de Vroegschoolse adviesteam (VAT) waarbij zorg en opvoedingsondersteuning wordt verleend aan het kind en zijn/haar directe en indirecte leefomgeving. Voor de komende jaren zal er een impuls opvoedingsondersteuning komen om de regio gemeenten te ondersteunen bij het verder opzetten van een adequate opvoedingsondersteuning. Het opzetten van het elektronisch kinddossier (EKD) met het motto: geen kind buiten beeld en het realiseren van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) gaan daar onderdeel van uitmaken. Het doel daarbij is om voor alle

kinderen van 0 tot 19 jaar een zorgstructuur te ontwikkelen. ‘Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden’ is onderdeel van prestatieveld 2 van de Wmo. Uitwerking van prestatieveld 2 is beschreven in het vierjarig Wmo beleidsplan.

#### **Realisatie één loket**

Op 1 januari 2007 is het Wmo-koppunt loket in het kader van de Wmo geopend. . Verdere uitwerking van dit Wmo-loket is weergegeven in het vierjarig Wmo beleidsplan.

#### **Realisatie meldpunt huiselijk geweld**

Op 2 februari 2006 is in de Kop van Noord-Holland het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld van start gegaan. Om aandacht te krijgen voor huiselijk geweld bij beroepskrachten/vrijwilligers en instellingen is bewustwording en beleid van instellingen van belang. Zie vastgestelde nota van september 2007

#### **Deskundigheidsbevordering rondom ouderenmishandeling:**

In 2006 zijn verschillende bijeenkomsten gehouden voor zorgverleners waarin kennis en informatie rondom signalering en voorlichting is overgebracht. Ook is er materiaal samengesteld en gedistribueerd onder beroepskrachten om huiselijk geweld onder de aandacht te brengen. In 2007 wordt deze voorlichting voortgezet en is er ook een bijeenkomst gepland voor Stichting Welzijn Ouderen Zijpe. Ouderenmishandeling zit nog steeds in de taboesfeer en gebleken is dat er een behoefte bestaat aan een aanbod voor gespreksvaardigheden.

#### **Voorlichting en deskundigheidsbevordering rondom kindermishandeling:**

Voor beroepsbeoefenaren die tijdens hun werk in contact komen met kinderen is een landelijke meldcode “Meldcode Kindermishandeling” opgesteld, waaraan gekoppeld een handelingsprotocol. In de gemeente Zijpe werken de (privé)instellingen voor kinderopvang en de Stichting Kinderopvang voor het peuterspeelzaalwerk en de naschoolse opvang met deze meldcode en het handelingsprotocol.

#### **Wmo-loket**

In het kader van aanpak huiselijk geweld verwijzen de WMO-consulenten door naar het Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) te Schagen, indien er vermoeden is van huiselijk geweld in de omgeving van de cliënt.

#### **Leefstijl ouderen**

Tijdens de dag van de ouderen, oktober 2005, zijn fitheidstesten en gezondheids screenings gekoppeld aan een beweegadvies gehouden. Aansluitend op die dag is, in het kader van de breedtesport, een beweegweek voor 55-plus georganiseerd. Het doel van die week was: om de senioren die (nog niet) actief sporten te prikkelen om te gaan bewegen of zich aan te sluiten bij een sportclub. In 2006 maakte de ANBO bekend dat de beweegdagen een merkbaar resultaat hadden opgeleverd. (In Schagerbrug zijn 12 deelnemers (boven de 75) en in Callantsoog 21 deelnemers tussen 67-85 jaar actief geworden). Tevens hebben enkele gymnastiekverenigingen in Zijpe het meer bewegen voor ouderen als activiteit in hun sportclub ingebed. Voor de waarborging van die beweegactiviteiten binnen de sportclub ontvangen die verenigingen een bijdrage. Sport en bewegen voor die doelgroep zal in het kader van het gezondheidsbeleid blijvend worden gestimuleerd.



**Leefstijl Jongeren**

In het schooljaar 2004/2005 is gestart met de inzet van bewegingsconsulenten, sportstimulering en weerbaarheidstrainingen op de basisscholen, voor de groepen 5 t/m 8.

De bewegingsconsulenten zijn ook na schooltijd ingezet bij sportactiviteiten in de kernen.

In 2006 is in het kader van het lokaal gezondheidsbeleid, het jeugd- en onderwijsbeleid een projectplan "Weer(baar)bewegen" 2007-2010 opgesteld voor het aanvragen van de Buurt, Onderwijs en Sportproject (BOS-impuls) bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het doel is om jeugdigen in de leeftijd van 4 tot 19 jaar actief te laten bewegen om het risico op kwetsbaarheid bij de jeugdigen te verminderen. Met de toegezegde middelen van het ministerie wordt de komende vier jaar door sportservice Schagen uitvoering gegeven aan continuering van het schoolzwemmen; inzet van bewegingsconsulenten, sportstimulering en het opzetten van weerbaarheidstrainingen.

De dorpsraden, sportorganisaties, de onderwijsinstellingen en het jongerenwerk zullen bij de voortgang van het project worden betrokken.

**Project Preventief Huisbezoek**

Van oktober 2006 t/m juli 2007 zijn ouderen van 75 jaar en ouder aangeschreven (totaal aantal = 576). Tot en met september 2007 zijn er huisbezoeken gedaan (aantal = 287 = 49,8%). De gemeente Zijpe heeft voor de uitvoering van dit project SWOS-Schagen hiertoe opdracht gegeven. De werkgroep Leefstijl Ouderen is nauw betrokken geweest bij de voortgang van het project. De resultaten en voortzetting van dit project zijn aan de orde geweest in het platform Zijpe Gezond van oktober 2007.

Het project is in de nota lokaal gezondheidsbeleid en in het Wmo beleidsplan opgenomen.

**Project bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars**

In 2006 is dit project gestart voor weduwen en weduwnaars vanaf 55 jaar die hun partner of dierbare hebben verloren. Van september 2006 tot oktober 2007 zijn in 36 verweduwen aangeschreven. Zeven mensen hebben aan de huisbezoeken meegedaan = 19,4% van het aantal aangeschrevenen. De werkgroep Leefstijl Ouderen is nauw betrokken geweest bij de voortgang van het project. De resultaten en voortzetting van dit project zijn aan de orde geweest in het platform Zijpe Gezond van oktober 2007. Het project is in de nota lokaal gezondheidsbeleid en in het Wmo beleidsplan opgenomen.

**Stichting Welzijn Voorzieningen**

Stichting Welzijn Voorzieningen draagt met hun vrijwilligerscorps zorg voor de uitvoering en participatie van drie projecten voor het welzijn van ouderen. Deze zijn: tafeltje dekje; de seniorenbus en de vertegenwoordiging in de seniorenraad. Deze voorzieningen zullen ook de komende jaren worden voortgezet. Het bevorderen van participatie van deze doelgroep en de deskundigheid van de vrijwilligers maakt mede onderdeel van het versterken van het lokaal gezondheidsbeleid.

**Subsidiëren zorgwijzer**

De zorgwijzer, een digitale sociale kaart, is ontwikkeld door de GGD. De subsidie is komen te vervallen aangezien de kosten zijn verwerkt in de begroting van de GGD.

**Subsidiëren Wonen Plus**

Wonen Plus heeft een aanvullende service- en dienstverleningspakket voor alle zelfstandig wonende ouderen, gehandicapten en chronisch zieken in de regio Noord-Holland-Noord en heeft vier meldpunten. De klanten uit Zijpe maken gebruik van het meldpunt Schagen. Via het meldpunt kunnen mensen vragen om informatie, advies en bemiddeling. Tevens kunnen via dit meldpunt aanvragen voor klussen en dienstverlening worden gedaan. Vanaf april 2007 is er een wekelijks spreekuur in zorgcentrum Huys ten Oghe.

Opgemerkt wordt dat bovenstaande onderwerpen met name lokaal zijn opgepakt. Het is aan te bevelen dat de participerende werkwijze en genoemde onderwerpen goed ingebed worden in het gemeentelijk beleid. Dit betekent dat een aantal van bovenstaande onderwerpen zijn opgenomen in het vierjarig beleidsplan Wmo.

Regionale preventie aanpak ingevuld met lokale activiteiten

Naast de genoemde lokale activiteiten zijn er regionaal ook een groot aantal preventieve maatregelen genomen en allerlei activiteiten in het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs opgezet. In het jaarverslag van de GGD staan onder meer de nieuwe activiteiten op het gebied van preventie genotmiddelen en de gezonde school- en sportkantine. Daarnaast zijn er voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd door de jeugdgezondheidszorg en is er digitaal publieksinformatie ontwikkeld.

### **3 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg**

#### **3.1 Preventienota van VWS als kader voor nieuw beleid**

De preventienota van het ministerie van VWS 'Kiezen voor gezond leven' (oktober 2006) is kaderstellend voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid van 2007-2011. De Rijksprioriteiten geven tevens richting aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid die medio 2007 klaar moeten zijn. Het is de bedoeling dat het Rijk en de gemeenten nauw samenwerken om de doelstellingen die in de preventienota genoemd worden te bereiken.

In de preventienota wordt geconcludeerd, dat de gezondheid van Nederland niet langer toeneemt, maar stagneert. De gezondheidsachterstanden, met name van mensen uit de lagere sociaal economische klassen, zijn hardnekkig. Uitgangspunt van de preventienota is dan ook, naast langer gezond leven voor iedereen, verkleining van het verschil in achterstand bij mensen met een lagere sociaal economische status.

##### **3.1.1 Bevorderen gezonde leefstijl als hoofdthema van beleid**

Hoofdthema van de preventienota is het bevorderen van een gezonde leefstijl, zodat mensen minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig hebben. Vermijdbare ongezonde leefgewoonten verhogen de ziektelast door bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes mellitus. Veroorzakers zijn roken, overmatig drinken, onvoldoende bewegen, te weinig groente en fruit, te veel vette, zoete of te zoute producten. De overheid ondersteunt de burger via wetgeving, voorlichting en prijsbeleid door gezonde producten meer beschikbaar te maken en door de inrichting van een leefomgeving die uitnodigt tot gezond gedrag, bijvoorbeeld meer bewegen. Samenwerking, zowel binnen als buiten de overheid, (landelijk en lokaal) en goede coördinatie tussen verschillende sectoren van de overheid (zoals milieu, veiligheid, arbeid, onderwijs) dragen hieraan bij.

##### **3.1.2 Speerpunten en doelstellingen**

Het Rijk kiest de volgende leefstijlfactoren en ziekten als speerpunt in haar preventienota. Aan deze speerpunten moeten gemeenten in hun lokale nota's in ieder geval aandacht besteden:

Leefstijlfactoren

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht (bewegen en voeding)

Ziekten

- Diabetes mellitus
- Depressie

Met name vroegsignalering en goede ketenzorg leveren veel gezondheidswinst op bij deze ziekten. Depressie is één van de belangrijkste psychische stoornissen waar met preventie gezondheidswinst te boeken is.

### **Landelijke doelstellingen<sup>6</sup>**

Elk van de vijf speerpunten is van één of meer landelijke doelstellingen voorzien, waaraan gemeenten op hun beurt bijdragen in het lokale beleid.

- Roken: in 2010 zijn er nog 20% rokers (nu: 28%);
- Schadelijk alcoholgebruik: het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992, en daarnaast minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% (nu) naar 7,5% in 2010;
- Overgewicht: het percentage volwassenen met overgewicht mag niet stijgen (peiljaar 2005) en het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005);
- Diabetes: het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2015 met niet meer dan 15% stijgen; daarbij heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties;
- Depressie: meer personen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

#### **3.1.3 Toetsing nieuw beleid**

De IGZ zal de komende jaren toetsen of de doelstellingen van de landelijke preventienota 2007-2010 wel worden gerealiseerd. In het bijzonder zal de IGZ op de volgende aspecten letten:

- of de landelijke prioriteiten voldoende nagevolgd worden in de lokale nota's gezondheidsbeleid en of die ook uitgevoerd worden;
- of de uitvoering van preventieprogramma's effectief is;
- of integraal beleid binnen gemeenten zo wordt uitgevoerd, dat in de wijk, op school en bij sport effectieve preventie tot stand komt.

De IGZ zal niet alleen op de GGD'en maar ook op gemeenten toezicht houden. Aan de hand van gegevens over de lokale gezondheidstoestand, bepaalt de IGZ of er gezondheidsproblemen zijn en of de betrokken gemeente(n) die problemen adequaat aanpakken met effectieve interventies. Dit vereist dat gemeenten de gezondheidstoestand in beeld moeten (laten) houden, duidelijk kunnen maken wat zij doen aan de gezondheidsproblemen, maatregelen inzetten die bewezen effectief zijn en de resultaten van hun beleid monitoren. De GGD kan hen hierbij ondersteunen. Om het beleid te toetsen heeft de IGZ een set van indicatoren ontwikkeld (zie bijlage acht).

## **3.2 Landelijke wetgeving in relatie tot gezondheidszorg**

### **3.2.1 Bouwbesluit**

Het Bouwbesluit (2003) bevat landelijk vastgestelde *technische* normen waaraan elk bouwwerk moet voldoen. Het is opgebouwd uit zeven hoofdstukken. Hoofdstuk drie is geheel gewijd aan voorschriften uit het oogpunt van *gezondheid*. Dit betekent voor de gemeente dat de volgende aspecten in het kader van gezondheidseisen nageleefd dienen te worden.

---

<sup>6</sup> Preventienota 'Kiezen voor Gezond leven'.

**Geluid**

- Bescherming tegen geluid van buiten
- Geluidwering in ruimten
- Beperking van galm

**Vocht**

- Wering van vocht van buiten en van binnen

**Afvalwater**

- Afvoer van afvalwater en fecaliën
- Afvoer van hemelwater

**Lucht**

- Luchtverversing van ruimten
- Spuivoorziening
- Toevoer verbrandingslucht
- Afvoer van rook

**Bescherming**

- Bescherming van toepassing van schadelijke materialen
- Bescherming van het kunnen binnendringen van uit de grond afkomstige schadelijke stoffen
- Bescherming tegen ratten en muizen

**Voorzieningen**

- Drinkwatervoorziening
- Warmwatervoorziening
- Daglicht

Voor elke gemeente, dus ook voor Zijpe geldt, dat elke bouwaanvraag hierop getoetst wordt aan de hand van te bepalen gebruiksfuncties. Er zijn twaalf gebruiksfuncties: Woonfunctie, Bijeenkomstfunctie, Celfunctie, Gezondheidszorgfunctie, Industriefunctie, Kantoorfunctie, Logiesfunctie, Onderwijsfunctie, Sportfunctie, Winkelfunctie, Overige gebruiksfunctie, Bouwwerk geen gebouw zijnde. Het Bouwbesluit geeft specifieke eisen per gebruiksfunctie.

### **3.3 Regionale ontwikkelingen in relatie tot gezondheidsbeleid**

Op regionaal gebied zijn gemeenten enerzijds afhankelijk van ontwikkelingen, anderzijds bepalen gemeenten samen het beleid. In deze paragraaf wordt ingegaan op de regionale ontwikkelingen en samenwerkingsverbanden die van belang zijn voor het lokale gezondheidsbeleid.

#### **3.3.1 Woonbeleid**

In het kader van de Regionale woonvisie Kop van Noord-Holland 2005-2015 zijn er procesafspraken gemaakt over woningen voor ouderen en zorgvragers. Wat betreft de kwantitatieve opgave voor het bouwen van woningen voor ouderen en zorgvragers, hanteren wij de uitgangspunten van het streekplan. In regionaal verband gaan wij verder samen werken aan wonen, welzijn, zorg. Daarbij maken wij afspraken wat regionaal moet gebeuren, en wat lokaal kan. Op lokaal niveau beschouwen wij wonen, welzijn, zorg als een integraal onderdeel van ons woonbeleid.

De raad van de gemeente Zijpe heeft de Lokale Woonvisie 2005 plus “Goed wonen voor iedereen” op 28 juni 2005 vastgesteld. De woonvisie bevat een diagnose van de woningmarkt in de gemeente Zijpe, waarbij de belangrijkste knelpunten worden beschreven. De speerpunten van beleid bestaan uit het nieuwbouwprogramma, de (woning-) voorraadontwikkeling, de leefbaarheid, wonen, welzijn, zorg en de regierol van de gemeente. De woonvisie gaat uit van een woningbouwprogramma 2006-2010 van 90 woningen per jaar. 50 woningen dienen te worden gerealiseerd in onze groeikern 't Zand, de overige 40 woningen in de rest van de gemeente.

Ten aanzien van nieuwbouw stellen wij het ‘Woonkeur’ certificaat verplicht, opdat aanpassingen in de toekomst gemakkelijker kunnen worden gerealiseerd. (*‘Woonkeur’ is een certificaat voor nieuwbouw. Het certificaat kan worden afgegeven aan Nieuwbouw woningen met ruim voldoende woontechnische kwaliteit: zo kent een woning met ‘Woonkeur’ een hoog niveau van gebruikskwaliteit, inbraak- en sociale veiligheid, valveiligheid, toegankelijkheid en flexibiliteit).*

April 2007 zijn er prestatieafspraken met Wooncompagnie opgesteld. Een belangrijk onderdeel van de afspraken betreft het onderdeel wonen, welzijn en zorg. De gemeente en Wooncompagnie streven naar het voorzien in de behoefte aan aangepaste en aanpasbare woningen en huisvesting voor zorg- en welzijnsvoorzieningen. Het realiseren van geschikte woningen voor het leveren van zorg of begeleiding wordt in samenhang gezien met een toegankelijke en veilige woonomgeving en het voorzieningenaanbod in de kernen.

In de nota Wonen, Welzijn, Zorg, die in het eerste halfjaar van 2008 aan de raad aangeboden gaat worden, zal concreet worden aangegeven welke maatregelen op het terrein van sociale samenhang en leefbaarheid verder genomen gaan worden.

### **3.3.2 Veiligheid**

Veiligheid, zowel fysiek als sociaal, is een belangrijke factor die van invloed is op de ervaren leefbaarheid. Een gevoel van veiligheid is van belang voor de volksgezondheid.

De collega gemeenten Anna Paulowna, Schagen en Zijpe hebben in juli 2006 de intentie uitgesproken tot de vorming van een gemeenschappelijk veiligheidsbureau, waarin de taken brandweer en rampenbestrijding zijn onder gebracht. Het bureau participeert binnen de Veiligheidsregio Noord-Holland-Noord. In deze regio wordt samengewerkt door verschillende besturen en diensten op het gebied van brandweercare, rampenbestrijding, crisisbeheersing, geneeskundige hulpverlening bij rampen en handhaving openbare orde en veiligheid. De Veiligheidsregio wordt nadrukkelijk beschouwd als middel om uiteindelijk de veiligheid van burgers in het gebied te verbeteren. Door samenwerking van de Brandweer, de GHOR, de Politie Noord-Holland Noord en de gemeenten kan beter ingespeeld worden op de problematiek die speelt tijdens een ramp of calamiteit op het gebied van zowel fysieke als sociale veiligheid.

Onlangs is het gemeenschappelijk Veiligheidsbureau van de drie samenwerkende gemeenten van start gegaan. Het veiligheidsbureau is gehuisvest in het gemeentehuis van Zijpe. Van daaruit wordt er verder vorm en inhoud gegeven aan het veiligheidsbureau.

### **3.4 Lokale ontwikkelingen in relatie tot gezondheidsbeleid**

Naast regionale ontwikkelingen en samenwerking zijn er ook lokale ontwikkelingen en beleidsvoornemens op beleidsterreinen die raakvlakken hebben met de volksgezondheid. In deze paragraaf wordt per beleidsterrein ingegaan op de lokale ontwikkelingen die van invloed zijn op de volksgezondheid. Deze worden per beleidsterrein geschetst.

#### **3.4.1 WMO beleid**

Wij kiezen ervoor, evenals het merendeel van de gemeenten in de regio, de Wmo in te voeren in de zogenaamde beperkte / smalle invoeringsvariant. Dit houdt in dat er in eerste instantie wordt gericht op de nieuwe wettelijke taken waarmee de gemeenten te maken krijgen. Deze taken betreffen de organisatie van de huishoudelijke verzorging en de subsidieregelingen die overkomen vanuit de AWBZ. Ook de versterking en uitbreiding van de huidige informatie- en adviesfunctie voor maatschappelijke ondersteuning behoort hiertoe. Met ingang van 1 januari 2007 is het Wmo loket, het Koppunt loket, ingericht.

De burgers en de vraaggerichtheid van de Wmo is in Zijpe het uitgangspunt van de opzet van het vierjarig Wmo beleidsplan. Dit houdt in dat prestatievelden vertaald worden naar groepen burgers en hun vragen. Dit geldt ook voor de sociaal kwetsbare burgers, chronisch zieken, (alleenstaande) ouderen, verslaafde en de dakloze burger. Kortom de mensen die dringend zorg en hulp nodig hebben maar daar zelf niet direct om vragen. Juist voor deze groep is het nemen van eigen verantwoordelijkheid een groot probleem. Een goede regie en nauwe en structurele samenwerking tussen betrokken instellingen is daarom van groot belang om het aanbod voor deze doelgroep te kunnen waarborgen. Deze groep verdient extra aandacht. Als onderdeel van het grotere Wmo beleidsplan moet er ook een beleidsplan voor de OGGZ komen.

Het bestaande beleid met betrekking tot de negen prestatievelden blijft het uitgangspunt voor de Wmo. Daar waar de burger, het college of raad aanpassingen of uitbreiding wensen van het beleid kan dit worden opgepakt. De Raad besluit uiteindelijk wat wordt opgepakt. Het vierjarig Wmo beleidsplan wordt aangeboden in de raad van december 2007.

#### **3.4.2 Onderwijsbeleid**

De gemeente heeft een hoog ambitie niveau als het gaat om huisvesting onderwijs. In de komende jaren worden in enkele kernen de schooldeuren geopend van brede scholen, ('t Zand, Sint Maartensbrug en Burgerbrug). Ten opzichte van de 'oude' schoolgebouwen zal het binnenklimaat van de nieuwe accommodaties in het Programma van eisen bijzonder veel aandacht krijgen.

Alle scholen hebben mantelcontracten afgesloten met aanbieders voor-, tussen- en naschoolse opvang. Dit aanbod beoogt onder andere het spanningsveld tussen de werktijden van ouders en de schooltijden van hun kinderen te verminderen en een oplossing te bieden voor de aanzienlijke belasting van ouders en hun schoolgaande kinderen. Voorts wordt er binnen het basisonderwijs aan projecten en activiteiten meegedaan die duidelijke raakvlakken hebben met de preventie en het bevorderen (het stimuleren van een actieve leefstijl door

sportstimulering tijdens en naschooltijd, alcohol/drugs, weerbaarheid, overgewicht en voeding) van de gezondheid.

### 3.4.3 Ouderenbeleid

In Zijpe is, net als in de rest van het land, sprake van een grote toename in het aantal ouderen. Ouderen kampen over het algemeen meer met (gezondheids)beperkingen. Met de toename van het aantal ouderen in de komende jaren moet rekening worden gehouden bij het regelen van een voorwaarde scheppend gemeentelijk beleid. Hierbij valt te denken aan de informatie voorziening, professionalisering ondersteuning van de vrijwilligersorganisaties, inrichting van de buitenruimte, het huisvestingsaanbod, het aanbod van zorg en de lokale voorzieningen. In de nota Zijpe Gezond van april 2003 staan richtinggevende uitgangspunten voor het ontwikkelen van een lokaal gezondheidsbeleid.

In het verlengde van de nota “Zijpe Gezond” van 2003 zijn informatie, preventie participatie en perspectief van en voor ouderen in de gemeente Zijpe sterk ontwikkelt. Het Platform Zijpe Gezond bewaakt de voortgang, rapporteert aan de commissie en bepaald het jaarlijks actieprogramma.

De gemeente heeft het initiatief genomen door de werkgroep Leefstijl Ouderen in het leven te roepen. Voor deze werkgroep, die bestaat uit leden vanuit het maatschappelijk middenveld, is eenzaamheidspreventie één van de belangrijkste aandachtspunten.

Vanuit die invalshoek is het lokaal gerichte Project “Preventief Huisbezoek” en het project “Verweduwd” ontstaan. Een groep vrijwilligers met professionele ondersteuning van Stichting Welzijn Ouderen Schagen (SWOS-Schagen) hebben in 2006 en 2007 hier uitvoering aan gegeven. Bevindingen van deze projecten staan beschreven in de eindrapportages.

In het kader van de Dag van de Ouderen in 2005 is het thema gezondheid, sport en spel als thema gekozen. De grote mate van belangstelling, deelname aan de fitheidstesten en geconstateerde lichamelijke gesteldheid maakt duidelijk dat het samen werken aan het verbeteren van een actieve leefstijl van de senioren van 55 tot 70 jaar een belangrijke doelstelling is en blijft. Aansluitend is in het kader van de breedtesport door sportservice Schagen een beweegweek voor deze doelgroep gehouden. De prikkelende werking van die week heeft er toe geleid dat senioren zich zijn gaan aanmelden bij de lokale gymnastiekverenigingen voor het meer bewegen voor ouderen en deel gingen nemen aan verschillende beweeg activiteiten.

In 2007 zijn 2 jeu de boulesbanen geopend in onze gemeente : in 't Zand en in Petten. De kosten zijn door de gemeente betaald en gedeeltelijk gefinancierd uit het budget Lokaal Gezondheidsbeleid. De banen worden veelvuldig gebruikt en het is bedoeling om in competitieverband te gaan spelen. In Callantsoog zal er nog een jeu de boulesbaan worden gerealiseerd. Deze voorzieningen leveren een bijdrage aan een sociaal en vitaal Zijpe.

### 3.4.4 Gehandicaptenbeleid

Bij het begrip ‘gehandicapt’ moet men onderscheid maken tussen een verstandelijke of een lichamelijke beperking. De overgang van de Wet voorziening gehandicapten (Wvg) naar de Wmo heeft geleid tot het regionaal vaststellen van nieuw beleid.



Het Wvg beleid is als uitgangspunt genomen voor de Wmo. De meest in het oog springende wijziging is de komst van een persoonsgebonden budget. Hiermee kunnen klanten zelf de voorziening inkopen die zij nodig hebben.

Door de toename van het aantal ouderen is de verwachting dat het aantal mensen met een beperking zal stijgen.

Vanaf april 2007 is er in Zijpe een gehandicapten platform dat nauw samenwerkt met het platform van Anna Paulowna. Het platform richt zich met name op de Wmo-voorzieningen, maar ook wordt er aandacht besteed aan de inrichting van openbare ruimte en de toegankelijkheid van openbare gebouwen.

Op 22 mei 2007 is er een Wmo- adviesraad ingesteld. De Wmo adviesraad kan gevraagd en ongevraagd advies geven over de uitvoering en ontwikkeling van het Wmo-beleid.

### 3.4.5 Sportbeleid

Wij hebben een ruim sportaanbod met gemiddeld meer dan drie sportverenigingen per kern. In iedere kern is een binnensportvoorziening aanwezig. Er is een zestal zwembaden, waarvan 5 overdekt, binnen de gemeente. Deze zwembaden zijn alle in particuliere eigendom met uitzondering van het openluchtzwembad Oudesluis. De behoefte aan multifunctionele binnensportvoorzieningen neemt geleidelijk toe terwijl de behoefte aan grassportvelden zal gaan afnemen.

In samenwerking met het jeugdpanel is in alle kernen een inventarisatie gemaakt van de wensen van de jeugd op het gebied van "speelplekken". Voor de jongere kinderen zijn er vele speelplekken, maar voor de iets oudere jeugd was er niet veel. Deze groep wilden allemaal heel graag een skatevoorziening in hun dorp. In het kader van het jeugdbeleid zijn extra middelen beschikbaar gesteld en prachtige skatevoorzieningen gerealiseerd in de kernen Schagerbrug, Petten en 't Zand. Deze sport en spel voorzieningen in de openbare ruimte bevorderen sociale binding en een actieve en gezonde leefstijl.

Wij kennen een bloeiend verenigingsleven met ruim 175 verenigingen en clubs en een sterk ontwikkeld vrijwilligersnetwerk. Het gemeentelijke beleid is er op gericht om door ondersteuning vrijwilligers te behouden. In het lokale vrijwilligerspunt kunnen de verenigingen terecht voor informatie, advies en ondersteuning voor de vrijwilligers van hun club.

In bijna iedere kern zijn dorpsraden die regelmatig met de gemeente overleggen over vraagstukken rond leefbaarheid, in stand houden van het verenigingsleven en voorzieningen.

Wij nemen de zorgplicht serieus, aangezien zij gericht is op de bescherming van de gezondheid van de burgers. Jaarlijks worden er preventieve maatregelen genomen in het kader van de legionella bestrijding. Met beheerders / eigenaren van sportaccommodaties zijn afspraken gemaakt. Voornemen is dat in 2008 de bestaande afspraken, indien noodzakelijk, aangepast worden. De wetgeving schrijft immers voor dat er deugdelijk water beschikbaar gesteld moet worden.

In 2002 is in samenwerking met de regiogemeenten gestart met de uitvoering van de breedtesport. De resultaten en de ingeslagen weg van de afgelopen jaren wordt vervolgd in een stimuleringsmaatregel Buurt, Onderwijs, Sport (BOS-impuls) van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2010. Diverse sport en beweegactiviteiten voor de doelgroep 4 tot 19 jaar worden de komende jaren ingezet om bij de jeugdigen een actieve leefstijl en een gezonde vrijetijdsbesteding te bevorderen. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de lokale sportverenigingen, basis- en voortgezetonderwijs, welzijnsinstellingen, jongerenwerkers, sportaanbieders, Thuiszorg en GGD Hollands Noorden. In combinatie met de sportprojecten worden er preventie projecten uitgezet die te maken hebben met het jeugdgezondheidsbeleid.

Wij hebben als speerpunten binnen de BOS-impuls het vergroten van de weerbaarheid bij jeugdigen en het inzetten van bewegingsconsulenten voor het bewegingsonderwijs in het basisonderwijs en het stimuleren van de naschoolse sport.

Het verstevigen van het bewegingsonderwijs in combinatie met het bevorderen van een actieve en gezonde leefstijl door lokale sport- en beweegactiviteiten, die aansluiten bij de leefwereld van de jeugd en jongeren in Zijpe, en activiteiten voor het verhogen van de weerbaarheid zijn doelstellingen van het lokale (jeugd)gezondheidsbeleid.

### **Leefbaarheid: LEMON – onderzoek**

In de gemeente Zijpe is door de wooncompagnie en woningbouwvereniging Anna Paulowna in oktober 2006 een leefbaarheidonderzoek gehouden. De resultaten van dit onderzoek staan verwerkt in de leefbaarheidmonitor, die in oktober 2006 gepresenteerd is. Er is binnen het thema fysieke woonomgeving onderzoek gedaan naar zes leefbaarheidsaspecten, namelijk de kwaliteit van de eigen woning, de kwaliteit van de woningen in de buurt, de woonomgeving in het algemeen, de groenvoorzieningen, de speelvoorzieningen en het voorzieningenniveau als het gaat om bijvoorbeeld winkels, scholen en openbaar vervoer.

De beleving van de leefbaarheid in Zijpe is over het geheel genomen goed te noemen. De kwaliteit van de woningen (eigen woning) wordt goed gewaardeerd, net als de overlast van activiteiten en de (sociale) veiligheid. Over de voorzieningen in de kernen is men minder tevreden.

Er is een breed opgezet aanbod aan diensten aanwezig dat vooral door vrijwilligers vorm wordt gegeven. Het is wenselijk in enkele kernen, waar veel ontevredenheid aanwezig is over de voorzieningen, eens goed na te gaan welke diensten verder ontwikkeld moeten worden met het oog op het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen.

Het aanbod aan diensten wordt voornamelijk in stand gehouden door vele vrijwilligers. Vrijwilligerswerk blijft echter kwetsbaar. Professionele ondersteuning om het vele vrijwilligerswerk verder te ontwikkelen en te laten bloeien is wenselijk wanneer we er naar streven dat iedereen die zorg nodig heeft ook zo lang mogelijk in de eigen woonomgeving blijft functioneren. Daarmee krijgt het vrijwilligerswerk de nodige continuïteit en deskundigheid.

In regionaal verband wordt er verder samengewerkt aan wonen, welzijn en zorg. Daarbij worden afspraken gemaakt over wat regionaal moet gebeuren en wat lokaal kan. Op lokaal niveau beschouwen wij wonen, welzijn, zorg als een integraal onderdeel van ons woonbeleid.

In de nota Wonen, Welzijn, Zorg, die in het eerste halfjaar van 2008 aan de raad wordt aangeboden, zal concreet worden aangegeven welke maatregelen op het terrein van sociale samenhang en leefbaarheid verder genomen gaan worden.

## 4 Demografische gegevens gemeenten Kop van Noord-Holland

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de gezondheidsopbouw en sociaal economische status van inwoners uit de regio.

<b>Aantal inwoners per gemeente</b>					
<b>Gemeente</b>	<b>0-19 jaar</b>	<b>20-64 jaar</b>	<b>65-plussers</b>	<b>Totaal</b>	<b>% allochtonen</b>
Anna Paulowna	3.801	8.600	1.629	14.030	2.7
Harenkarspel	4.301	9.678	1.776	15.755	1.8
Den Helder	13.662	36.753	8.625	59.040	8.4
Niedorp	3.189	7.215	1.374	11.778	2.1
Schagen	4.358	1.517	2.910	18.785	5.7
Texel	3.373	8.267	2.070	13.710	2.1
Wieringen	1.998	5.249	1.437	8.684	1.9
Wieringermeer	3.248	7.548	1.769	12.565	2.6
Zijpe	2.852	7.137	1.571	11.560	1.8
<b>Totaal KvnH</b>	<b>40.782</b>	<b>101.964</b>	<b>23.161</b>	<b>165.907</b>	<b>3.2</b>

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, jan 2006

### *Sociaal economische status*

De sociaal economische status heeft veel invloed op de gezondheidstoestand van mensen. Mensen met een lage sociaal economische status hebben een vier jaar kortere levensverwachting dan mensen met een hoge sociaal economische status, daarnaast leven ze 12 jaar langer in ongezondheid. De sociaal economische status wordt bepaald aan de hand van het opleidings- dan wel het inkomensniveau.

### *Opleidingsniveau*

In de gezondheidsenquête van 2002 is gevraagd naar het opleidingsniveau van de werkende bevolking in de Kop van Noord-Holland. In onderstaande tabel is dit weergegeven.

	<b>Geen opleiding of lager onderwijs</b>	<b>MAVO of LBO</b>	<b>HAVO, VWO of MBO</b>	<b>HBO of WO</b>
Anna Paulowna	7,1	33,3	37,1	22,5
Den Helder	8,0	42,5	33,9	15,6
Harenkarspel	7,3	37,4	35,5	19,8
Niedorp	6,0	42,1	38	13,9
Schagen	3,2	39,1	34,5	23,2
Texel	8,3	45,4	30,9	15,4
Wieringen	7,1	43,6	36	13,2
Wieringermeer	8,2	42,5	36,3	13
Zijpe	6,6	44,7	32,1	16,6
<b>Kop van Noord-Holland</b>	<b>7,1</b>	<b>41,2</b>	<b>34,6</b>	<b>17,0</b>
<b>Totaal Noord-Holland Noord</b>	<b>5,4</b>	<b>38,8</b>	<b>34,1</b>	<b>21,6</b>

Bron: gezondheidsenquête 2002

**Inkomen**

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

<b>Regionale Kerncijfers Nederland, 2003</b>	
Gemiddeld besteedbaar inkomen per persoon (x 1.000 euro)	
Anna Paulowna	11.7
Den Helder	12.3
Harenkarspel	12.7
Niedorp	12.9
Schagen	13.1
Texel	11.6
Wieringen	13.0
Wieringermeer	11.8
Zijpe	12.2

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek

## **5 Gezondheidstoestand algemeen en toegespitst op de speerpunten van VWS**

### **5.1 Inleiding**

De GGD heeft de afgelopen jaren de nodige onderzoeken verricht om inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de bevolking:

1. volwassenenenquête (2002): onderzoek naar de gezondheid van personen van 19-64 jarigen in de regio;
2. Elektronische Monitor en Voorlichting (E-MOVO) (2005/2006): onderzoek onder leerlingen van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs.

#### Elektronische Monitor en Voorlichting

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

1. ouderenenquête (eind 2006/2007): onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder;
2. enquête onder ouders van kinderen van 0-11 jaar (2007/2008);
3. volwassenenenquête 2007/2008 onder 19-64 jarigen.

De resultaten van de reeds uitgevoerde onderzoeken, inclusief aanbevelingen, zijn uitgebreid beschreven in afzonderlijke rapporten. Deze paragraaf geeft een dwarsdoorsnede van deze onderzoeken om duidelijk te maken in hoeverre het landelijke beeld overeenkomt met dat in de regio en om de grootste problemen op een rij te zetten. Voor de overzichtelijkheid is vooral aangesloten op de landelijke speerpunten, omdat juist met verbetering op die punten veel gezondheidswinst is te bereiken. De GGD heeft de situatie met betrekking tot depressie niet bij alle leeftijdsgroepen specifiek onderzocht. Daarom is dat thema breder genomen, namelijk psychische gezondheid.

### **5.2 Gezondheidstoestand in het algemeen**

In deze paragraaf wordt een globaal beeld geschetst van de gezondheidstoestand in de regio. Gegevens die betrekking hebben op de specifieke vijf speerpunten uit de preventienota van VWS komen in de volgende paragraaf aan bod.

#### ***Ervaren gezondheid***

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

#### ***Aandoeningen***

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

### **Eenzaamheid en psychisch welbevinden**

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

### **Ongevallen**

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

In de volgende paragrafen worden onderzoeksgegevens uit de regio gepresenteerd die betrekking hebben op de genoemde vijf speerpunten uit de preventienota van VWS.

## **5.3 Roken: nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak**

Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van vermijdbare ziekte en vroegtijdige sterfte in Nederland. Jaarlijks sterven ruim 20.000 Nederlanders aan ziekten die met roken te maken hebben. Ongeveer 90% van alle longkankergevallen komt door roken. Circa 30% van alle kanker is het gevolg van roken. Bij hart- en vaatziekten is dat ongeveer 20%. Ook chronische longziekten ontstaan in 80 tot 90 procent van de gevallen na jarenlang roken. Rokers die blijven roken, verliezen vergeleken met niet-rokers gemiddeld tien jaar van hun leven. Stoppen met roken geeft daarentegen direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven.

Zowel in de Kop van Noord-Holland als landelijk rookten in 2002 gemiddeld 33% van de personen van 20-64 jaar. Dat is inmiddels wat gedaald. Uit onderzoek onder tweede en vierde klassen van het voortgezet onderwijs blijkt dat 9,9 % van deze jongeren regelmatig rookt. Dit is meer dan het landelijk gemiddelde. In de leeftijdscategorie 20-34 jaar rookt 38%, van de 35-49-jarigen rookt 34% en in de leeftijdscategorie 50-64 jaar rookt 29%. Het verschil in rookgedrag tussen hoog opgeleiden (hbo/wo) en laagopgeleiden (vmbo) is groot: van laagopgeleiden rookt ruim 38%, ten opzichte van 26% van de hoogopgeleiden.

<b>Volwassenen bevolking (20-64 jaar)</b>	
Afgelopen 4 weken	<b>Roken %</b>
Anna Paulowna	28,0
Den Helder	38.4
Harenkarspel	25.4
Niedorp	27.5
Schagen	28.3
Texel	29.4
Wieringen	38.7
Wieringermeer	37.1
Zijpe	33.1
<b>Landelijk</b>	<b>33,0</b>

Bron: Gezondheidsenquête GGD 2002

<b>Jeugd 12-19 jaar</b>		
	<b>Roken ooit %</b>	<b>Roken dagelijks</b>
Anna Paulowna	21.3	10.2
Den Helder	24.6	10.8
Harenkarspel	24.6	8.4
Niedorp	24.6	11.1
Schagen	26.2	13.6
Texel	20.7	6.7
Wieringen	23.1	15.4
Wieringermeer	14.9	6.9
Zijpe	24.0	6.3
<b>Landelijk</b>	<b>-</b>	<b>9.5</b>

Bron: E-MOVO 2005, jeugd 12-19 jaar

## 5.4 Overmatig alcoholgebruik: een groot probleem in de Kop van Noord-Holland

Gewenning aan drank begint vaak op jonge leeftijd. Uit landelijk onderzoek blijkt dat jongeren gemiddeld steeds meer en op steeds jongere leeftijd alcohol gebruiken (12 jaar). Nederlandse jongeren drinken het meest frequent van alle Europese jongeren en drinken per avond erg veel. Dat is een hele slechte ontwikkeling, daar alcoholgebruik tijdens de adolescentie, als de hersenen nog groeien, hersenbeschadiging tot gevolg kan hebben. Bovendien kunnen jongeren die nu veel drinken de probleemdrinkers van de toekomst worden met schadelijke gevolgen voor de eigen gezondheid maar ook voor de omgeving. Teveel alcohol drinken heeft niet alleen schadelijke gevolgen voor de gezondheid, maar hangt ook samen met agressie, criminaliteit en verkeersongevallen. Ongeveer 70% van het uitgaansgeweld en 25% van de verkeersongevallen gebeuren onder invloed van alcoholgebruik. Jaarlijks overlijden in Nederland minstens 800 personen direct als gevolg van overmatig alcoholgebruik; hiervan komt 60% voor rekening van leverziekten. De aanpak van schadelijk alcoholgebruik levert gezondheidswinst op en zorgt voor minder ongevallen, overlast en psychische aandoeningen. 10% Minder alcoholconsumptie leidt tot 20% minder doden door alcohol en 5% minder fatale ongelukken.

### Volwassenen

Van de volwassen inwoners in de Kop van Noord-Holland is 16% een zware alcoholgebruiker. Dat wil zeggen dat op minstens één dag per week zes of meer glazen alcohol worden gedronken. Landelijk ligt dit percentage op 10,8%). 6% is een excessieve alcoholgebruiker (minstens 5 dagen per week 4 glazen of meer). Het percentage zware drinkers neemt af met de leeftijd. Onder hoogopgeleiden komt minder zwaar alcoholgebruik voor dan onder laagopgeleiden.

Volwassenen 20-64		
	Alcohol-gebruik %	Zware drinker %
Anna Paulowna	83.3	14.9
Den Helder	88.2	14.8
Harenkarspel	90.2	18.2
Niedorp	87.7	15.9
Schagen	88,0	15.6
Texel	86.5	15.3
Wieringen	84.5	23.2
Wieringermeer	83.4	12.2
Zijpe	88.3	19.1
<b>Landelijk</b>	<b>81.4</b>	<b>10.8</b>

Bron: Gezondheidsenquête GGD 2002 (20-64 jaar)

Jeugd 12 -19		
Gebruik	Alcohol ooit %	Alcohol afgelopen maand
Anna Paulowna	80.9	71.3
Den Helder	67.7	56.6
Harenkarspel	78.5	75.4
Niedorp	88.1	77.0
Schagen	77.7	70.9
Texel	77.9	69.0
Wieringen	73.8	63.1
Wieringermeer	70.5	62.1
Zijpe	79.2	75.0
<b>Landelijk</b>	<b>-</b>	<b>57,0</b>

Bron: E-MOVO 2005, jeugd 12-19 jaar

### Jeugd

Nederlandse jongeren zijn de afgelopen jaren steeds meer, vaker en op jongere leeftijd gaan drinken. Op 12-jarige leeftijd heeft bijna 75% van de leerlingen ervaring met alcohol. In de laatste tien jaar is het (regelmatig) alcoholgebruik in de leeftijdsgroep 12-14 jarigen verdubbeld van 24% naar 47%. In de Kop van Noord-Holland heeft driekwart van de scholieren uit de tweede en vierde klassen van het voortgezet onderwijs wel eens alcohol gebruikt. 69% Drinkt regelmatig alcohol ten opzichte van 57% landelijk. Het meest wordt gedronken door de jongens uit klas 4: 44% drinkt op een weekenddag meer dan 5 glazen per keer.



De houding van de ouders blijkt sterk gerelateerd te zijn aan het alcoholgebruik van de jongeren. Ouders doen er vaak nogal gemakkelijk over. Ze kennen de schadelijke effecten meestal niet. Ook weten zij niet goed hoe zij met het alcoholgebruik van hun kinderen moeten omgaan. Verbieden lijkt niet goed te passen in de huidige opvoedingsstijl.

## 5.5 Overgewicht: een nationale plaag

Overgewicht is een steeds grotere plaag voor de Nederlandse bevolking. Eén op de vijf kinderen in Nederland heeft overgewicht. Ook het aantal volwassenen met overgewicht is de afgelopen 20 jaar in Nederland explosief gestegen. Overgewicht komt vaker voor bij mensen met een lagere sociaal economische status (laag inkomen, goedkopere huisvesting en achterstand in gezondheid). Mensen met overgewicht lopen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat, zij kunnen ook psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken. Mensen met obesitas (ernstig overgewicht) leven minder lang en vooral in slechtere gezondheid. Zij hebben vaker last van verschillende vormen van kanker en van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (artrose) en de ademhalingsorganen. Bij vrouwen met ernstig overgewicht komen ook menstratiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor.

### *Volwassenen*

In de Kop van Noord-Holland komt overgewicht voor bij 33% van de volwassen inwoners. Daarnaast lijdt 10% aan obesitas (ernstig overgewicht). Deze cijfers komen overeen met de landelijke cijfers. Meer mannen dan vrouwen in de Kop van Noord-Holland hebben (ernstig) overgewicht, namelijk 49% van de mannen tegenover 39% van de vrouwen. Overgewicht komt vaker voor bij oudere volwassenen (58%) dan bij jongvolwassenen (30%). Ook hebben inwoners met een laag opleidingsniveau vaker overgewicht dan inwoners met een hoog opleidingsniveau.

Volwassenen in de Kop van Noord-Holland		
	Overgewicht %	Ernstig overgewicht
Anna Paulowna	35.1	9.4
Den Helder	31.8	14.1
Harenkarspel	31.7	7.1
Niedorp	35.1	8.0
Schagen	34.3	7.2
Texel	32.6	13.2
Wieringen	34.6	10.8
Wieringermeer	40.3	11.8
Zijpe	31.8	8.7
Landelijk	44.9	10.7

Bron: Gezondheidsenquête GGD 2002

### *Jeugd*

Landelijk heeft 13% van de kinderen 0-19 jaar overgewicht. In de Kop van Noord-Holland komt dat neer op 9%. Dit blijkt uit de registratiegegevens van de jeugdgezondheidszorg 4-19 jarigen. Van de jeugd tot 4 jaar zijn onvoldoende registratiecijfers bekend.

## 5.6 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus is een ernstige chronische ziekte die zonder passende leefstijl en goede behandeling tot vele complicaties kan leiden, waaronder hart- en vaatziekten. Diabetes is deels erfelijk bepaald (type 1) of een verouderingsziekte (type 2), maar het al op jonge leeftijd ontwikkelen van diabetes type 2 kan voor een aanzienlijk deel voorkómen worden met een gezonde leefstijl.

De voorspelling is dat het aantal mensen met diabetes mellitus in Nederland tussen 2005 en 2025 met een derde toe zal nemen. Dat heeft vooral te maken met een explosieve toename van diabetes type 2 (de zogenaamde ouderdomsdiabetes). Diabetes mellitus neemt epidemische vormen aan en kan binnen 15 jaar één op de 20 Nederlanders treffen. Zorgwekkend is dat de ziekte zich op steeds jongere leeftijd openbaart. Een belangrijke oorzaak is het toenemende overgewicht bij de jeugd. Naar schatting hebben al 250.000 mensen de ziekte zonder het te weten. Zij hebben hierdoor meer kans op complicaties. Samenwerking met hulpverleners en instellingen die een rol spelen bij de signalering en behandeling van diabetes is van belang, in combinatie met overheidsmaatregelen.

De voornaamste doelgroepen zijn kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot 20 jaar en hoog risicogroepen, zoals volwassenen in de leeftijd van 45 tot 70 jaar met overgewicht. Specifieke aandachtsgroepen zijn mensen met een lage sociaal economische status en mensen van allochtone afkomst (Turken, Marokkanen en Hindoestanen). Het komt dan ook vaker voor in grote steden. Preventie kan echter de kans op diabetes mellitus verminderen en complicaties voorkomen. Er is al veel bekend over de mogelijkheden om (verergering van) de ziekte te voorkomen.

In Nederland heeft bijna 3% van de bevolking, ruim 500.000 mensen, diabetes mellitus ofwel suikerziekte. Volgens recente cijfers gaat het bij 1,9% om diabetes type 2. Daarnaast zijn er veel mensen met 'onbekende diabetes', bij wie de ziekte nog niet is gediagnosticeerd.

De GGD heeft geen gegevens verzameld over het vóórkomen van diabetes mellitus onder leerlingen van basisscholen en voortgezet onderwijs in de Kop van Noord-Holland. Onder volwassenen ligt het diabetes percentage in de Kop van Noord-Holland op 2,3% van de bevolking. Het is niet bekend hoeveel hiervan diabetes type 2 heeft, maar dit zal waarschijnlijk niet boven het landelijk gemiddelde liggen. Cijfers per gemeente zijn niet bekend.

## 5.7 Depressie / psychische problemen

Depressie vermindert de kwaliteit van leven sterk. De Wereldgezondheidsorganisatie zet depressie bij vrouwen van 15 tot 40 jaar op de eerste plaats van de veroorzakers van de grootste ziektelasten, bij mannen op de tweede plaats. Per jaar leiden 737.000 volwassenen aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. Mensen die depressief zijn hebben een duidelijke verminderde algemene interesse voor een langere periode. Veelal gaat het gepaard met klachten als slaapstoornissen, concentratieproblemen moeheid en lusteloosheid. Ook gaat depressie vaak samen met angststoornissen en veroorzaakt in 27% van de gevallen alcoholmisbruik. Omgekeerd leidt alcoholmisbruik in 59% van de gevallen tot een depressie.

Veel mensen zijn depressief, maar lang niet iedereen wordt goed geholpen. Slechts ongeveer 1% van het aantal mensen in Nederland, dat jaarlijks voor het eerst een depressie krijgt, ontvangt preventieve zorg. Preventie kan veel persoonlijk leed en maatschappelijke kosten

besparen. Verbeteren van de psychische gezondheid en terugdringen van psychische ongezondheid zijn noodzakelijk om problemen zoals depressie in de toekomst te voorkomen. Belangrijke maatregelen om psychische problemen in een vroeg stadium te voorkomen zijn, naast het vergroten van de weerbaarheid/sociale vaardigheid, bijvoorbeeld de ondersteuning van mantelzorgers en het bieden van opvoedingsondersteuning.

Uit landelijk onderzoek (Nemesis) blijkt dat 41% van de volwassen bevolking (18-64 jaar) een of meer keer een psychische stoornis heeft gehad. Hierbij gaat het meestal om angststoornissen, stemmingsstoornissen en problemen met verslavende middelen. Uit hetzelfde onderzoek (onder een normale populatie) blijkt dat 22% van de mannen en 27% van de vrouwen psychische problemen heeft, ofwel 23,5 % van de volwassen Nederlanders.

In de Kop van Noord-Holland ligt dit percentage fors hoger (28%). Het gaat dan om 25% van de mannen en 32% van de vrouwen. In de groep 50-64 jarigen komen de minste psychische problemen voor, namelijk 22%. Van de groep 20-34 jarigen heeft 36% psychische problemen en van de groep 35-49 jarigen heeft 28% psychische problemen. Het percentage psychische problemen zowel bij groep volwassenen (20-64) als bij de jeugd (12-19) ligt in Zijpe lager dan bij de regio gemeenten. In hoofdstuk zeven wordt het verder terugdringen nader uitgewerkt.

Volwassenen 20-64	
Gemeente	Psych. problemen %
Anna Paulowna	31
Den Helder	28
Harenkarspel	25
Niedorp	29
Schagen	31
Texel	30
Wieringen	31
Wieringermeer	28
Zijpe	26
<b>Landelijk</b>	<b>23,5</b>

Bron: Nemesis

Onderverdeling psychische stoornissen (landelijk) 20-64 jaar		
Soort psychische stoornis	Ooit	Afgelopen 12 maanden
Stemmingsstoornis	19,0	7,6
Angststoornis	19,3	12,4
Alcoholmisbruik/ Afhankelijkheid	17,2	8,2
Drugsmisbruik/ Afhankelijkheid	3,1	1,3
Schizofrenie	0,4	0,2
Eetstoornis	0,7	0,4
Een of meer psychische stoornissen	41,2	23,5

Bron: Gezondheidsenquête GGD, 2002

Jeugd 12-19	
Gemeente	Psych. problemen %
Anna Paulowna	25
Den Helder	14
Harenkarspel	17
Niedorp	16
Schagen	22
Texel	16
Wieringen	21
Wieringermeer	23
Zijpe	16,5
<b>Landelijk</b>	<b>16,5</b>

Bron: EMOVO 2005, 12-19 jarigen

## 5.8 Conclusie

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

- **Roken**

Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van vermijdbare ziekte en vroegtijdige sterfte. Het leidt tot longkanker, astma en andere longaandoeningen, coronaire hartziekten en beroerte. Van de groep 20-64 jaar in de Kop van Noord-Holland jaar rookt ruim 30%, dit komt overeen met het landelijke gemiddelde. Bij jongeren ligt het *gemiddelde iets hoger dan het landelijke cijfer*. 9,9 % Ten opzichte van landelijk 9,5 %. Ten opzichte van hoogopgeleiden, is het percentage laagopgeleiden hoger.

- **Overmatig alcoholgebruik**

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

- **Overgewicht**

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

- **Diabetes mellitus (diabetes type 2)**

Diabetes mellitus is een ernstige chronische ziekte die zonder passende leefstijl en goede behandeling tot vele complicaties kan leiden, waaronder hart- en vaatziekten. Diabetes mellitus type 2 hangt vaak samen met overgewicht en kan binnen 15 jaar een op de 20 Nederlanders treffen. In de Kop van Noord-Holland ligt het Diabetes percentage op 2,3% van de bevolking. Hiervan heeft ongeveer 3150 (= 1,9 %) diabetes type 2. De Kop van Noord-Holland ligt dus *onder het landelijk gemiddelde*.

- **Psychische problemen (depressie)**

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

## 6 Keuze beleidsspeerpunten in de regio Kop van Noord-Holland

### 6.1 Prioritering en keuze beleidsspeerpunten

De onderwerpen, die VWS als speerpunt heeft benoemd, zijn allemaal belangrijke problemen die ook in de Kop aandacht verdienen. Elke gemeente en elke regio hebben echter een eigen profiel waarop het beleid moet worden afgestemd. Ook kunnen gemeenten om budgettaire en praktische redenen niet op alle speerpunten van VWS even intensief inzetten.

Om voldoende effect te kunnen bereiken hebben de gemeenten in de Kop van Noord-Holland ervoor gekozen de beschikbare middelen en menskracht voor preventieve acties niet te versnipperen, maar deze te bundelen en het beleid gezamenlijk te richten op de meest urgente, gedeelde problemen in de regio, zodat met elkaar een verantwoorde meerjarenaanpak kan worden ingezet. Als het om preventie gaat, kan immers beter gekozen worden voor een intensieve, integrale aanpak van twee of drie problemen, dan voor een aanpak waarbij ad hoc korte interventies worden ingezet die gericht zijn op een scala aan onderwerpen.

Gemeenten in de Kop van Noord-Holland hebben binnen de landelijke speerpunten een prioritering aangebracht voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid 2007-2011. Dit is gebeurd na een zorgvuldige analyse van de beschikbare gegevens.

De prioritering is aangebracht op grond van volgende overwegingen:

- epidemiologische gegevens uit de Kop van Noord-Holland (t.o.v. landelijke gegevens): bij hoeveel mensen komt het probleem in de regio voor?
- de ernst van het probleem: de grootte van de gezondheidsschade, zowel voor de doelgroep als voor de omgeving;
- de gezondheidswinst en maatschappelijk winst die bereikt kunnen worden door beïnvloeding van het probleem door preventie voor de doelgroep/de verschillende doelgroepen;
- de mogelijkheden die de gemeenten hebben om het probleem te beïnvloeden: zijn er succesvol gebleken interventies beschikbaar om het gezondheidsprobleem aan te pakken? Hoe groot is de kans op succes/gezondheidswinst?
- de mogelijkheid door middel van preventieve activiteiten zowel Wcpv als Wmo-doelstellingen ten aanzien van het probleem te verwezenlijken en zo een koppeling te leggen tussen de beide nota's.

Deze analyse heeft ertoe geleid dat gemeenten in de Kop van Noord-Holland tot de volgende keuzen komen voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Aandachtspunten voor het regionale gezondheidsbeleid zijn alle speerpunten van VWS:

- roken;
- overgewicht;
- schadelijk alcoholgebruik;
- diabetes mellitus;
- depressie / psychische problemen

Binnen deze vijf speerpunten wordt op regionaal niveau echter voorrang gegeven aan de problemen waarin de regio afwijkt van het landelijk beeld.

Hierbij gaat het om:

- **Schadelijk alcoholgebruik, met name bij de jeugd;**
- **Psychische problemen, met name bij jongeren en hun ouders, mensen met lage SES, en ouderen.**

Deze twee thema's staan de komende vier jaar centraal in het gezamenlijk gedragen regionale gezondheidsbeleid, en, als gevolg hiervan, in het lokale gezondheidsbeleid van iedere afzonderlijke gemeente in de Kop van Noord-Holland.

### ***Gezamenlijke aanpak***

Het sleutelwoord is samenwerking: tussen gemeenten, maar ook met zorginstellingen, met bedrijven en andere partijen. De aanpak van de problemen dient effectief en efficiënt te zijn. Dat is zowel inhoudelijk als financieel een kritieke factor. Er is een brede, creatieve en slagvaardige coalitie nodig waarvan ook het bedrijfsleven deel uitmaakt. Kortom, verbetering van de gezondheidssituatie kan alleen bereikt worden als partijen de krachten bundelen, innovatief zijn en hun verantwoordelijkheid nemen.

De brede coalitie is ook noodzakelijk om een integrale aanpak van de grond te tillen. Structurele aandacht voor kansen en bedreigingen voor de gezondheid vanuit andere sectoren dan het volksgezondheidsbeleid kan winst opleveren, denk hierbij aan veiligheid, huisvesting en milieu. De gezamenlijke aanpak dient breed te zijn zodat maatregelen een elkaar versterkend effect hebben.

Het gaat daarbij ook om de inzet van verschillende instrumenten:

- juridische maatregelen: bijvoorbeeld de handhaving van de bestaande regels rond alcoholgebruik in de horeca, of aanscherping van de regels in sportkantines;
- economische maatregelen: het geven of onthouden van financiële prikkels;
- voorlichting en gezondheidsbevorderende activiteiten binnen verschillende settings als scholen, werk, buurthuizen, uitgaansgelegenheden;
- het stimuleren, onderhouden en faciliteren van netwerken en de versterking van (preventieve) zorgketens rond ziekten en leefstijlfactoren.

De inzet van meerdere instrumenten tegelijkertijd verhoogt de effectiviteit. Daarnaast vinden activiteiten in verschillende sectoren of settings plaats. Concreet betekent dit dat bijvoorbeeld alcoholvoorlichting niet alleen via het onderwijs, maar ook in het uitgaanscircuit, sportsector e.d. moet plaatsvinden. Voor iedere leefstijlfactor (bijvoorbeeld roken, alcohol en overgewicht) en doelgroep is een specifieke interventiemix nodig.

### ***Regie bij individuele gemeente, uitvoeringsregie bij de GGD***

De gemeente is de aangewezen partij om de samenwerking en samenhang te bewerkstelligen. Hier ligt de regie. Het blijft de wettelijke verantwoordelijkheid van ieder individueel gemeentebestuur om het beleid vast te stellen en te ondersteunen. Zowel om inhoudelijke redenen als om redenen van efficiency ligt regionale samenwerking echter voor de hand.

#### **Uitvoeringsregie**

De gemeenten in de Kop van Noord-Holland hebben ervoor gekozen om de uitvoeringsregie van de regionale speerpunten bij de GGD neer te leggen. De GGD zorgt voor de inhoudelijke samenhang tussen programma's, stuurt acties aan en monitort de voortgang van de regionale uitvoeringsprogramma's.

De gemeente Den Helder verzorgt als centrumgemeente de financiële kant van het uitvoeringsplan Jeugd en alcoholgebruik. Financiering van het uitvoeringsplan Psychische problemen loopt via de GGD.

### **Maatwerkdeel**

De GGD en de thuiszorginstellingen in de regio kiezen ervoor een gedeelte van het maatwerkdeel van de Jeugdgezondheidszorg de komende vier jaar voor de gekozen speerpunten in te zetten. Dit wordt vastgelegd in een jaarlijks maatwerkplan JGZ met de gemeenten.

## **6.2 Overige speerpunten van VWS**

Ten aanzien van de overige drie speerpunten VWS, namelijk roken, overgewicht en diabetes mellitus wordt de volgende aanpak gehanteerd. Reguliere activiteiten worden zoveel mogelijk gecontinueerd en waar mogelijk geïntensiveerd. In de meerjaren scenario's (die ook vermeld staan op de website van de GGD) staan beschreven welke interventies er in de regio plaatsvinden op deze terreinen. Een nadere uitwerking van deze drie speerpunten staan vermeld in hoofdstuk acht.

## **6.3 Volksgezondheid opnemen als speerpunt voor integraal beleid**

Een belangrijke Wcpv-taak is: het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (Wcpv artikel 2b). Dat geldt voor alle beleidsterreinen. De uitvoering van deze taak ligt deels bij de gemeente, deels bij de GGD. Het is echter niet duidelijk hoe de gemeente en de GGD uitvoering geven aan deze taak. In de praktijk hangt het nu vaak af van personen, die in een besluitvormingstraject min of meer toevallig de link met volksgezondheid leggen.

Het is wel belangrijk dat deze taak wordt geborgd. Om de opdracht uit de Wcpv ten aanzien van de openbare gezondheidszorg goed te kunnen uitvoeren, moet er veel meer integraal gewerkt worden. Afstemming tussen de verschillende beleidssectoren komt echter niet vanzelf. Integraal werken staat of valt met een structuur waarbinnen dit als vanzelf gebeurt. Gemeenten en GGD spelen daarin allebei een rol. Om te waarborgen dat deze taak structureel wordt opgepakt binnen de gemeente Zijpe, wordt het volgende kader (voor de regiogemeenten) vastgesteld.

- A. In iedere beleidsnota die verschijnt, wordt vanaf 1 januari 2008 structureel een paragraaf opgenomen waarin is aangegeven welke consequenties het voorgestelde beleid heeft op de gezondheid van de inwoners. Aan de hand van een korte vragenlijst/richtlijn kan de betrokken ambtenaar vaststellen wanneer het wenselijk is de GGD in te schakelen.
- B. De GGD wordt structureel ingeschakeld in de (voor)ontwerpfase van bestemmings- en bouwplannen van wijken, publieke gebouwen, scholen en beslissingen op het gebied van infrastructuur.
- C. De ambtenaar volksgezondheid organiseert binnen de gemeente een of meer bijeenkomsten voor ambtenaren van andere beleidsterreinen, zoals wonen, bouwen, milieu, planning, verkeer, veiligheid, rond een thema om de samenwerking en samenhang ten aanzien van het volksgezondheidsbeleid te bevorderen. De GGD biedt hierbij, zonedig, ondersteuning.

In hoofdstuk drie staan zowel regionale als lokale beleidsontwikkelingen en voornemens tot beleidsontwikkelingen benoemd van andere beleidsterreinen die raakvlakken hebben met volksgezondheid van de burgers van Zijpe. Uiteraard is het wenselijk om het thema volksgezondheid breed onder de aandacht te brengen in de gemeentelijke organisatie, ongeacht of het nu om beleidsnota's, bestemmingsplannen of bouwplannen gaat.



## 7 Uitvoeringsprogramma's speerpunten: Jeugd en alcohol en Psychische problemen

### 7.1 Jeugd en alcohol, regionaal projectvoorstel

#### *Aanleiding*

Het uitvoeringsprogramma preventie riskant alcoholgebruik bij jongeren is opgesteld naar aanleiding van het relatief hoge en veelvuldige alcoholgebruik (te jong, te vaak, te veel) door de jeugd. Dit blijkt uit landelijke cijfers, maar het werd in 2006 ook regionaal bevestigd door de E-MOVO gegevens. Alcoholgebruik, zeker voor jongeren onder de 16 jaar, brengt verschillende gezondheidsrisico's en maatschappelijke problemen met zich mee, zowel op korte als op lange termijn. Voorbeelden zijn verkeersongelukken, agressie, ongeplande zwangerschappen, vergrote kans op hersenschade en verhoogde kans op alcoholverslaving op latere leeftijd.

Om deze problemen meer gericht aan te pakken, worden de huidige preventieve activiteiten uitgebreid en geïntensiveerd middels een nieuw opgesteld uitvoeringsprogramma.

#### 7.1.1 Bestaande activiteiten Jeugd en alcohol

In onderstaand schema staan de bestaande activiteiten vermeld. Voor deze activiteiten worden geen extra middelen gevraagd.

<b>JEUGD EN ALCOHOL: overzicht bestaande activiteiten</b>
<p><b>1. Onderzoek door de GGD</b> Er vindt in 2007 een onderzoek plaats onder de 0-12 jarigen waarin vragen over alcoholgebruik zijn opgenomen. Er vindt in 2009 een onderzoek plaats naar het alcoholgebruik onder jongeren in de 2<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs.</p>
<p><b>2. Setting basisonderwijs</b> Verzorgen van ouderavonden genotmiddelen voor ouders/verzorgers van leerlingen in groep 7 en 8 door verschillende organisaties. Uitlenen van lesmateriaal 'de gezonde school en genotmiddelen' voor het basisonderwijs door de GGD.</p>
<p><b>3. Setting voortgezet onderwijs</b> Uitvoering van het programma 'de gezonde school en genotmiddelen' op de scholen voor voortgezet onderwijs in de regio. De jeugdverpleegkundige van de GGD vraagt alle kinderen en ouders tijdens het PGO in de tweede klas van het voortgezet onderwijs naar hun gedrag rond onder andere alcoholgebruik en geeft voorlichting.</p>
<p><b>4. Setting sportclub/jongerenwerk</b> Uitvoering van het project 'sport safe'. Sportclubs worden gestimuleerd aandacht te besteden aan gezond en veilig sporten. En er is aandacht voor alcoholgebruik tijdens en na het sporten en hygiëne in de sportkantine. Dit project wordt uitgevoerd door Sportservice Schagen in opdracht van de gemeente Wieringermeer. Instructie Verantwoord Alcoholgebruik: training voor niet commerciële horeca zoals jongerenwerk/sportkantines Brijder Verslavingszorg i.s.m. Sportservice. Dit vindt in verschillende gemeenten plaats.</p>
<p><b>5. Setting festivals/evenementen/horeca</b> Voorlichting door jongeren aan jongeren drugsinfoteam. Peerproject door Brijder Verslavingszorg in de gemeenten Schagen, Den Helder en Niedorp. Uitvoeren analyse in het uitgaanscircuit en activiteiten op maat afhankelijk van het aantal uren en de grootte van de gemeenten.</p>

## 7.1.2 Nieuwe activiteiten Jeugd en alcohol

Het aanvullende uitvoeringsprogramma heeft als doel alcoholmatiging van jongeren integraal aan te pakken. Dit houdt in dat er in settings waar jongeren regelmatig zijn (thuis, school, sportvereniging, uitgaansgelegenheden) activiteiten plaatsvinden. Hierbij worden zowel jongeren als volwassenen (onder andere ouders, docenten, sportkantinemedewerkers, barmedewerkers, politieagenten, beleidsmedewerkers, wethouders/bestuurders) aangesproken op hun verantwoordelijkheid.

### ***Brede aanpak, zowel regionaal als lokaal***

De kracht van het project ligt in de brede aanpak. Ook de combinatie van regelgeving, handhaving en voorlichting is belangrijk voor een effectieve aanpak.

Naast de regionale uitvoering is het belangrijk dat gemeenten ook lokaal doelgericht activiteiten initiëren en/of ondersteunen. Alle gemeenten nemen dit regionale uitvoeringsprogramma daarom op in hun lokaal gezondheidsbeleid.

### ***Doelstelling***

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

Om dat te bereiken werken verschillende organisaties samen zoals GGD en Brijder bij de uitvoering van een activiteitenplan. Ook de gemeenten hebben een belangrijke taak met name in de handhaving en regelgeving. Ten aanzien van gemeentelijk beleid zijn onderstaande punten van belang:

- alle gemeenten stellen regionaal beleid op rond alcoholmatiging;
- de gemeenten sluiten een horecaconvenant af met horeca en politie;
- de politie voert scherper toezicht en extra controles uit en verhoogt haar aanwezigheid bij plekken waar overtredingen kunnen voorvallen;
- de gemeenten denken na over belonen van goed gedrag ten aanzien van maatregelen rondom schenken van alcohol;
- de gemeenten zorgen voor integrale interne afstemming binnen de gemeente;

In de komende vier jaar van deze nota dienen deze punten organisatiebreed opgepakt en uitgewerkt worden. Ook is het van belang om regionaal preventieve maatregelen te nemen op het gebied van handhaving en regelgeving. Voornemen is om maatregelen waar horeca en politie bij betrokken zijn, in regionaal verband nader uit te werken. In het kader van de gemaakte Seta3 afspraken kan in eerste instantie ook met de gemeenten Schagen en Anna Paulowna samenwerking worden gezocht.

### ***Subdoelstellingen***

- het aantal basisschoolleerlingen dat de laatste 4 weken alcohol heeft gedronken neemt af tot 44%, het niveau van 1992 volgens het peilstation (meting via onderzoek peilstation of eigen onderzoek);
- het aantal middelbare scholieren dat de afgelopen 4 weken bij één gelegenheid 5 of meer alcoholische drankjes heeft gedronken, is minder dan 8,9% (meting E-MOVO);
- de gemiddelde leeftijd waarop ouders het normaal vinden dat kinderen alcohol drinken is verhoogd t.o.v. 2007 (onderzoek GGD 0-12 jaar);

- in elke gemeente voeren alle scholen voor basis- en voortgezet onderwijs jaarlijks één van de projecten uit, die worden aangeboden ter bevordering van alcoholmatiging; totaal zijn er 100 basisscholen en 11 scholen voor voortgezet onderwijs. Het betreft alle projecten die door de organisaties in de regio worden aangeboden;
- in elke gemeente neemt jaarlijks 5% van de personeelsleden uit de horeca deel aan een cursus rondom signaleren en omgaan met riskant alcohol- en drugsgebruik;
- in elke gemeente neemt jaarlijks 5% van de medewerkers van de niet-commerciële horeca deel aan een Instructie voor Verantwoord Alcoholgebruik.

### **Doelgroep(en)**

- jongeren 10-18 jaar;
- ouders van kinderen van 10-18 jaar;
- intermediaire doelgroepen: beleidsmedewerkers en wethouders van diverse sectoren, scholen, verenigingen, eigenaren en/of personeel van horecagelegenheden, (sport)kantines en alcoholverkooppunten.

## **JEUGD EN ALCOHOL: overzicht nieuwe activiteiten en producten**

### **1. Expertmeeting (GGD)**

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

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

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

### **3. Uitvoeren van het project 'Alcohol, een ander verhaal' (GGD/Brijder)**

Het project 'alcohol, een ander verhaal' richt zich op leerlingen van groep 7 en 8 van de basisschool. De GGD verzorgt de werving en de Brijder Verslavingszorg de training van leerkrachten. De leerkracht besteedt door middel van de methode 'verhalend ontwerpen' aandacht aan het onderwerp alcohol. Een ouderavond maakt deel uit van het project. De training wordt 2 keer per jaar gegeven waarbij minimaal 10 scholen per jaar worden bereikt. In 2007 is het project opgenomen in het maatwerkplan van de integrale JGZ.

### **4. Uitvoering van het project 'Vroegtijdige Interventie op Scholen' (VIS) (Brijder)**

Brijder Verslavingszorg is wekelijks vier uur op de school aanwezig met:

- Advies en consultatie aan jongeren, ouders en docenten
- Deskundigheidsbevordering
- Ouderavonden

Het project wordt uitgevoerd op alle VMBO-scholen in de regio. Dit project wordt gedurende vier jaar op alle scholen ingevoerd. Er zijn in 5 gemeenten in totaal 6 scholengemeenschappen aanwezig met de richting VMBO theorie en praktijk. De scholen zijn gevestigd op verschillende locaties. Brijder wil de komende vier jaar per jaar 720 uur extra inzetten voor het VIS project.

### **5. Promotie en uitvoering van het project 'Onder invloed onderweg' (GGD)**

Op alle scholen voor voortgezet onderwijs wordt het project in vier jaar aangeboden door middel van een gesprek met de directie van de school. Op 4 scholen wordt het project uitgevoerd. Het gaat in totaal om 11 locaties.

### **6. Uitvoering van het project 'Alcohol digitaal' (Brijder)**

Het project bestaat uit een docenttraining en één gastles. Uitvoering op één school voor voortgezet onderwijs per jaar. In totaal worden 4 scholen bereikt.

<p><b>7. Inzet van het drugsinfoteam op festivals, evenementen en de horeca (Brijder)</b>          Jongeren geven voorlichting aan jongeren. In overleg met gemeenten, jongerenwerk en horeca wordt inzet afgesproken. Horeca gelegenheden bevinden zich vooral in Schagen, Den Helder, Texel en de seizoensgebonden horeca. Festivals en evenementen zijn verspreid over de regio. Voorbeelden daarvan zijn Paasvee in Schagen, popfestivals in Winkel, Den Helder, seizoensgebonden horeca, op stranden in de zomermaanden en andere activiteiten in overige gemeenten. De Brijder wil de komende vier jaar het drugsinfoteam 150 uur per jaar extra inzetten voor het geven van voorlichting.</p>
<p><b>8. Instructie Verantwoord Alcoholgebruik (Brijder)</b>          Jaarlijks wordt de training ‘Verantwoord Alcoholgebruik’ voor niet commerciële horeca éénmaal gegeven in de regio. Vrijwilligers en barpersoneel van organisaties van verschillende gemeenten nemen daaraan deel.</p>
<p><b>9. Instructie voor signaleren van en omgaan met riskant alcohol- en drugsgebruik (Brijder)</b>          Extra aandacht voor horeca in Den Helder, Schagen en Texel en in de seizoensgebonden horeca. Jaarlijks wordt instructie aangeboden aan de horecaondernemingen in de drie gemeenten.</p>
<p><b>10. Effectevaluatie (GGD)</b>          Als nulmeting worden gegevens gebruikt van regulier onderzoek van de GGD zoals E-MOVO. Dit jaar vindt een onderzoek onder ouders van kinderen van 0-12 jaar voor het eerst plaats. Als over vier jaar geen onderzoek onder deze leeftijdscategorie gebeurt, is het noodzakelijk dat uitzetten van vragen met analyse en rapportage voor deze leeftijdscategorie plaatsvindt. In dat geval worden extra kosten gemaakt die komen voor rekening van het project.</p>
<p><b>11. Alcohol en opvoeding (GGD)</b>          Voorlichting aan ouders over omgaan met alcoholgebruik van hun kinderen. Voorlichting wordt gegeven als onderdeel van de cursus “omgaan met pubers” en tijdens verpleegkundige gesprekken in het voortgezet onderwijs.</p>

### **Deelnemers**

GGD (projectleider), Brijder Verslavingszorg, Gemeenten, Politie, Trimbos, horeca, bedrijven en andere actoren die zich bezighouden met alcoholgebruik. De samenwerking wordt geformaliseerd in een projectstructuur.

### **Tijdpad**

Het project loopt van 2007–2011.

### **Evaluatie**

Jaarlijks wordt de voortgang geëvalueerd, knelpunten onderkend, en waar nodig bijgestuurd. De resultaten worden teruggekoppeld aan de relevante portefeuillehouderoverleggen. In 2011 worden de resultaten geëvalueerd.

### **Financiën**

De GGD en Brijder Verslavingszorg voeren een aantal activiteiten uit die horen bij het reguliere aanbod zoals epidemiologisch onderzoek, voorlichting op scholen over genotmiddelen en de projecten ‘de gezonde school en genotmiddelen’ en ‘alcohol en opvoeding’.

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

JEUGD EN ALCOHOL: nieuwe activiteiten en producten	Kosten regionaal
<b>GGD</b>	
50 uur coördinatie à € 80,00 (overige uren voor coördinatie zijn reguliere uren van de GGD)	€ 4000,00
Expertmeeting + vervolg 10 uur à € 80,00	€ 800,00
Ontwikkeling schoolgezondheidsbeleid	Nog niet bekend
Alcohol, een ander verhaal*	
Materiaalkosten	€ 200,00
6 uur verpleegkundige à € 55,00	€ 330,00
Onder invloed onderweg voor 3 locaties	

Inzet van 2 uur verpleegkundige per locatie à € 55,00 betekent per jaar	€ 330,00
Materiaalkosten per locatie à € 40,00 betekent per jaar	€ 120,00
Effectevaluatie	Pm
<b>Totaal per jaar GGD</b>	<b>€ 5.780,00</b>
<b>Brijder Verslavingszorg</b>	
Inzet op verschillende VMBO scholen 4 uur per week, gemiddeld 720 uur per jaar x € 58,81 (=uurprijs medewerker)	€ 42.343,20
Inzet Drugs Infoteam tijdens evenementen / schoolfeesten Totaal 150 uur per jaar x 58,81	€ 8.821,50
<b>Totaal per jaar Brijder</b>	<b>€ 51.164,70</b>
<b>Kosten totale project per jaar</b>	
GGD	€ 5.780,00
Brijder	€ 51.164,70
<b>Totaal</b>	<b>€ 57.000,00</b>

\* In 2007 en 2008 wordt dit project bekostigd uit maatwerk gelden van Jeugdgezondheidszorg. Bedrag is in de begroting opgenomen.

De kosten worden omgeslagen per gemeente op basis van het aantal jongeren van 12-18 jaar. Het gaat totaal om 12.680 jongeren.

Kosten per jaar		
Gemeenten	Kosten (%)	Kosten (€)
Anna Paulowna	9	5.130
Harenkarspel	9	5.130
Den Helder	34	19.380
Niedorp	8	4.560
Schagen	11	6.270
Texel	9	5.130
Wieringen	5	2.850
Wieringermeer	8	4.560
Zijpe	7	3.990
<b>Totaal</b>	<b>100</b>	<b>57.000</b>

(De prijzen worden jaarlijks herzien op basis van het prijsindexcijfer)

## 7.2 Jeugd en alcohol, lokaal projectvoorstel

Naast activiteiten op regionaal niveau is het aan te bevelen om activiteiten op lokaal niveau te ontwikkelen of verder uit te werken.

### *Jongerenpanel*

In Zijpe is sinds 2002 een jongerenpanel actief. Het is wenselijk om het jongerenpanel, gezien hun taak, breder te betrekken bij de lokale ontwikkelingen en voornemens die betrekking hebben op het lokale jeugdbeleid, onder andere het speerpunt 'jeugd en alcohol'.

JEUGD EN ALCOHOL: extra lokale activiteiten en producten	Kosten
<b>I. Denktank Jeugd en Veiligheid</b> Met deze werkgroep vindt regelmatig overleg plaats met politie en de jongerenwerkster. In dit overleg komen veiligheid, overlastmeldingen en aanverwante zaken voor en door jongeren aan de orde. In het kader van de regionale aanpak voor het terugdringen van overmatig alcohol/drugsgebruik gebruik bij jongeren wordt dit vraagstuk in 2008 projectmatig en in samenwerking met het jeugdpanel extra onder de aandacht gebracht. Als voorbeeld willen wij de gehouden aktiemaand drugs en alcohol die gehouden is in de gemeente Niedorp in Zijpe laten plaatsvinden.	Nog niet bekend

## 7.3 Psychische problemen, regionaal projectvoorstel

### *Aanleiding*

Aanleiding voor dit uitvoeringsprogramma is dat de psychische problemen in de Kop van Noord-Holland hoger liggen dan landelijk. Dit houdt in dat het wenselijk is om de komende periode extra activiteiten op te zetten. De uitwerking van de activiteiten voor de komende periode staan in de volgende twee paragrafen beschreven.

### 7.3.1 Bestaande activiteiten Psychische problemen

Om de problemen meer gericht aan te pakken, worden de huidige preventieve activiteiten uitgebreid en/of geïntensiveerd door middel van het uitvoeringsprogramma. De huidige activiteiten staan vermeld in onderstaand schema.

#### **PSYCHISCHE GEZONDHEID: overzicht bestaande activiteiten**

##### **1. Onderzoek door de GGD**

In 2006 heeft de GGD een ouderenenquête uitgevoerd, waarvan de verslaglegging in 2007 plaatsvindt.

Er vindt in 2007 een onderzoek plaats onder de 0-12 jarigen waarin vragen over psychische gezondheid zijn opgenomen.

Er vindt in 2009 een onderzoek plaats naar het alcoholgebruik onder jongeren in de 2<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs.

##### **2. Jeugd**

Project Rots en water, gericht op versterken weerbaarheid van leerlingen in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs. Binnen het BOS-project wordt Rots en Water uitgevoerd op alle basisscholen in de regio.

In Zijpe start een variant op dit programma, uitgevoerd door Sportservice (basisonderwijs).

Opvoedingsondersteuning (samen met Triversum)

KOPP-cursussen voor 8-12 jaar, 13-16 jaar en 23 jaar en ouder

KOPP voorlichtingsbijeenkomsten

##### **3. Volwassenen**

Project Lekker in je vel Visbuurt, Den Helder (GGD en GGZ)

Cursussen GGZ:

- Groeps cursus In de put, uit de put
- Groeps cursus Angst in de hand
- Groeps cursus Gezond in je werk (werkstress)
- Individuele cursus Depressieve gedachten? Zelf aan de slag!
- Individuele cursus Angstige gevoelens? Zelf aan de slag!
- Individuele cursus Werkstress? Zelf aan de slag!
- Groeps- en individuele cursus voor mantelzorgers van mensen met psychische problemen
- Voorlichtingsbijeenkomsten over psychische problemen
- Maatjesproject

**4. Ouderen****GGD:**

- Ontwikkeling project preventie van psychische problemen bij mensen met lage SES i.s.m. GGZ , waarbij gebruik wordt gemaakt van een bestaande interventie (zoals de community based interventie depressiepreventie bij ouderen).
- Coördinatie Werkgroep Effies baiproate, gericht op preventie van eenzaamheid bij ouderen in Schagen.

**GGZ:**

- Groepscurssussen In de put, uit de put
- Groepscurssus Angst de baas
- Individuele curssus Depressieve gedachten?Zelf aan de slag!
- Individuele curssus Angstige gevoelens? Zelf aan de slag!

**Andere organisaties:**

- Preventief huisbezoek in o.a. Schagen, Zijpe, Wieringermeer, uitvoering door de SWOS.
- Verweduwdenproject in Schagen en Zijpe, uitvoering door de SWOS. Maatjesprojecten, van o.a. Stichtingen Welzijn voor Ouderen
- Gespreksgroepen, rouwverwerkinggroepen door diverse organisaties

**7.3.2 Nieuwe activiteiten Psychische problemen**

Het aanvullende uitvoeringsprogramma psychische problemen heeft als doel om de psychische gezondheid te verbeteren en de psychische ongezondheid in de regio terug te dringen. De activiteiten zijn met name gericht op preventieve aanpak.

In onderstaand schema staan de nieuwe activiteiten vermeld. Voor deze activiteiten worden extra middelen gevraagd.

***Doelstelling***

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

***Subdoelstellingen***

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

***Doelgroepen***

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

***Activiteiten***

- voorlichting aan publiek, door middel van jaarlijkse bijeenkomsten per gemeente en via diverse media;
- vroegtijdige signalering van risicogroepen (met name jeugd);
- groepscurssus Bewegen zonder zorgen per gemeente. Doelgroep vrouwen met lage SES, overgewicht en beginnende depressieve klachten. Best practices;

- KOPP-cursus per jaar;
- verbetering preventiestructuur;
- evaluatieonderzoek;
- coördinatie GGD.

### **Deelnemers**

GGD (projectleider), GGZ Noord-Holland Noord, verschillende gemeentelijke afdelingen, Triversum, Algemeen Maatschappelijk Werk, Bureau Jeugdzorg, scholen, Stichtingen Welzijn voor Ouderen, Sportservice Schagen en anderen.

### **Tijdpad**

Het project psychische problemen loopt van 2007-2011.

### **Evaluatie**

In 2007 wordt in samenwerking met de GGZ een evaluatievoorstel ontwikkeld, waarin de doelstellingen geconcretiseerd worden en o.a. rekening wordt gehouden met indicatoren van de inspectie. Jaarlijks wordt de voortgang van het plan geëvalueerd, knelpunten onderkend en waar nodig bijgestuurd. De resultaten worden teruggekoppeld aan de gemeente. In 2011 worden de resultaten geëvalueerd.

### **Financiën**

Naast de in dit project genoemde activiteiten voert de GGD een aantal activiteiten uit die behoren tot het reguliere aanbod, zoals epidemiologische onderzoek, beleidsadviering, de pilot 'Lekker in je vel' (evaluatie beschikbaar vanaf medio 2007). De GGZ voert activiteiten uit die voor een deel AWBZ-gefinancierd zijn (zoals het merendeel van de cursussen). Een ander deel van het GGZ-aanbod valt onder de Wmo. Over dit laatste is nog geen duidelijkheid.

<b>PSYCHISCHE GEZONDHEID: overzicht nieuwe activiteiten</b>	<b>Kosten per jaar</b>
Publieksinformatie	
- voorlichtingsbijeenkomsten GGZ (5 uur/bijeenkomst x € 65,00)	
- 2 uur GB/publieksinfo per maand (24 x € 65,00)	€ 4.485,00
Evaluatie	-
Groeps cursus Bewegen zonder zorgen. In de regio wordt de cursus 5 keer per jaar uitgevoerd.	€ 5.000,00
Coördinatie GB-functionaris (4 uur/maand) Kosten per jaar: 48 uur x € 80,00	€ 3.840,00
KOPP-cursus Kosten per cursus € 4.000,00, Uitgaande van 1 cursus voor de hele regio	€ 4.000,00
<b>Totaal per jaar</b>	<b>€ 17.325,00</b>
<b>Kosten keuzeactiviteiten</b>	
Community based interventie gericht op volwassenen of ouderen	Pm
Zomercursus Plezier op school. De cursus kost € 55 per kind. Er wordt uitgegaan van 10 kinderen per cursus.	1 cursus kost € 550,-

### **Kostenverdeling per gemeente**

De kosten van het GGD-advies worden grotendeels omgeslagen per gemeente op basis van het aantal **inwoners** per 1 januari 2006. In de tabel wordt dit per jaar uitgewerkt.



<b>Kosten per jaar</b>		
<b>Gemeenten</b>	<b>Aantal inwoners per gemeente (%)</b>	<b>Kosten (€) / per jaar</b>
Anna Paulowna	8	1.386
Harenkarspel	9	1.559
Den Helder	36	6.237
Niedorp	7	1.213
Schagen	11	1.906
Texel	8	1.386
Wieringen	6	1.040
Wieringermeer	8	1.386
Zijpe	7	1.213
<b>Totaal</b>	<b>100</b>	<b>17.326</b>

(De prijzen worden jaarlijks herzien op basis van het prijsindexcijfer)

#### 7.4 Psychische problemen, lokaal voorstel

Het landelijk gemiddelde van volwassenen met psychische problemen is 23,5 % van de volwassen Nederlanders. Het landelijk gemiddelde voor de groep jeugd (12-19) is 16,5%. Het gemiddelde in de regio is bij de volwassenen hoger, namelijk 28% en bij de jeugd gelijk. Het meest opvallende is dat het percentage psychische problemen zowel bij groep volwassenen (20-64) als bij de jeugd (12-19) ligt in Zijpe lager dan het landelijk gemiddelde, maar ook lager dan de andere gemeente in de regio. Dit percentage is 26% bij de volwassenen en is 16,5% bij de jeugd. Ondanks de lagere percentages blijft het aanleiding geven tot extra aandacht op lokaal niveau.

Het behandelen van psychische problemen is een taak van de zorg. De interventies die de gemeente Zijpe kan plegen ligt voornamelijk in de preventieve sfeer. De gemeente kan proberen invloed uit te oefenen op de leefbaarheid in de gemeente, om onder andere te voorkomen dat mensen in een sociaal isolement raken. Sociale en maatschappelijke participatie dragen bij aan preventie van psychische problemen. De uitkomsten van de projecten preventief huisbezoek en verweeduwen bieden kansen om de vereenzaming tegen te gaan. Dit wordt verder uitgewerkt in het vierjarig Wmo beleidsplan, waarin vooral aandacht besteed wordt aan leefbaarheid en sociale cohesie van de ouder wordende mens.

In regionaal verband zijn er diverse extra activiteiten opgezet. Voortzetting van de lokale preventieve projecten huisbezoeken en verweeduwen betekent preventief blijvend en bredere aandacht schenken aan het vraagstuk eenzaamheid, informatie en de mogelijkheden van hulp op maat bij psychische gezondheid. In het platform Zijpe Gezond en de werkgroep Leefstijl ouderen is regelmatig overleg met de betrokken instanties. Indien het noodzakelijk is om aanvullende lokale preventieve maatregelen te nemen, dan zal hier op worden ingespeeld.

<b>PSYCHISCHE GEZONDHEID: voortzetting projecten huisbezoeken en verweeduwen</b>	<b>Kosten</b>
<b>1. Werkgroep Leefstijl Ouderen</b> Met deze werkgroep zal regelmatig overleg plaatsvinden over de voortgang van deze lokale projecten. In het kader van de lokale preventieve aanpak zal voor het terugdringen van het vraagstuk vereenzaming, informatie en de mogelijkheden van hulp op maat bij psychische gezondheid, breed onder de aandacht worden gebracht.	€ 11.250

## 8 Uitvoeringsprogramma's: roken, overgewicht, diabetes mellitus

### 8.1 Roken, regionaal / lokaal projectvoorstel

#### Bestaande activiteiten

Er zijn diverse preventieve maatregelen in het kader van roken. In samenwerking met de GGD en Sportservice Schagen zijn diverse activiteiten voor de periode tot en met 2010 afgesproken. Deze activiteiten zijn in de begroting van het maatwerkdeel (2008) van de GGD of in de meerjarenbegroting van het Breedtesportproject en/of het BOS-project van Sportservice Schagen opgenomen. Dit betekent dat het bestaande beleid zoveel mogelijk wordt gecontinueerd. Daarnaast wordt aangehaakt bij landelijke campagnes of, waar mogelijk, aangehaakt bij het andere speerpunt alcohol en jeugd.

#### **ROKEN: Overzicht bestaande regionale activiteiten**

##### **1. Onderzoek door de GGD**

Er vindt in 2007 een onderzoek plaats door de GGD onder de 0-12 jarigen waarin vragen over roken zijn opgenomen.

Er vindt in 2009 een onderzoek plaats door de GGD naar onder andere onder jongeren in de 2<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs.

Themabijeenkomst over genotmiddelen door verschillende organisaties o.a. GGD, Brijder en politie over roken, alcohol en drugs.

##### **2. Setting sportclub/jongerenwerk**

Uitvoering van het project 'sport safe'. Sportclubs worden gestimuleerd aandacht te besteden aan gezond en veilig sporten. En er is aandacht voor alcoholgebruik tijdens en na het sporten en hygiëne in de sportkantine. Dit project wordt uitgevoerd door Sportservice Schagen.

##### **3. Setting basisonderwijs**

Verzorgen van ouderavonden genotmiddelen voor ouders/verzorgers van leerlingen in groep 7 en 8 door verschillende organisaties.

Uitlenen van lesmateriaal 'de gezonde school en genotmiddelen' voor het basisonderwijs door de GGD.

##### **4. Setting voortgezet onderwijs**

Uitvoering van het programma 'de gezonde school en genotmiddelen' op de scholen voor voortgezet onderwijs in de regio.

De jeugdverpleegkundige van de GGD vraagt alle kinderen en ouders tijdens het PGO in de tweede klas van het voortgezet onderwijs naar hun gedrag rond onder andere alcoholgebruik en geeft voorlichting.

Ondersteuning door de GGD van Actie tegengif, de klassikale niet-roken actie voor de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs. De scholen in Wieringermeer, Wieringen, Schagen en Den Helder hebben deelgenomen aan de actie.

### 8.2 Overgewicht, regionaal / lokaal projectvoorstel

#### Bestaande activiteiten

Onvoldoende bewegen, ongezond eten en overgewicht zijn een toenemend probleem voor de volksgezondheid. Voor de doelgroep in het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs wordt op scholen activiteiten opgezet. Deze activiteiten hebben betrekking op overgewicht (gezond bewegen) en zijn in de begroting van het maatwerkdeel (2008) van de GGD opgenomen of in de meerjarenbegroting van het Breedtesportproject en/of het BOS-project van Sportservice Schagen opgenomen.

Verder verdient overgewicht aandacht bij de onderzoeken die door de jeugdgezondheidszorg uitgevoerd wordt op de doelgroep 0-19 jarigen.

<b>OVERGEWICHT: Overzicht <u>bestaande</u> regionale activiteiten</b>
<p><b>1. Onderzoek door de GGD</b> Er vindt in 2007 een onderzoek plaats door de GGD onder de 0-12 jarigen waarin vragen over voeding en beweging zijn opgenomen. Er vindt in 2009 een onderzoek plaats door de GGD naar onder andere voeding en beweging onder jongeren in de 2<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs.</p>
<p><b>2. Setting voortgezet onderwijs</b> Uitvoering van het project Real Fit wordt in het kader van de BOS-projecten uitgevoerd op de scholen voortgezet onderwijs door Sportservice Schagen en Sportservice Den Helder. Locaties: Wieringerwerf en Schagen (regiofunctie) en Den Helder en Julianadorp. Het project wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met de diëtistes van De Omring. Uitvoering van het project de 'gezonde schoolkantine' door de GGD op RSG Wiringherlant in Wieringerwerf, Clusiuscollege in Schagen en GSG Schagen.</p>
<p><b>3. Setting basisonderwijs</b> Uitvoeren van Sport extra plus op meerdere basisscholen in Anna Paulowna en ook basisscholen in de regio. Het project wordt uitgevoerd in het kader van de BOS-projecten in nauwe samenwerking met de diëtistes van De Omring. Ouderavonden over voeding door diëtisten van de thuiszorg op verschillende basisscholen in de regio. Uitleenen van lesmateriaal over voeding en beweging door de GGD voor de basisschool door verschillende scholen in alle gemeenten.</p>
<p><b>4. Setting wijk</b> Uitvoeren van activiteiten voor bewegings- en sportstimulering in alle gemeenten door Sportservice Den Helder en Sportservice Schagen.</p>

### Nieuwe (extra) activiteiten

Naast bovenstaande regionale activiteiten wordt voorgesteld om in Zijpe nog enkele projecten op te gaan zetten. Deze zijn gericht op preventie en de doelgroepen jeugd, jongeren en de inwoners van de gemeente Zijpe. Aangezien de BOS-impuls een regionaal project is worden hieronder de lokaal gerichte projecten beschreven. Voor het implementeren van de zes minuten zone in Zijpe, waarbij de Automatische Externe Defibrillator (AED) centraal staat, wordt een apart voorstel aan het college en raad voorgelegd.

<b>OVERGEWICHT: Overzicht <u>nieuwe lokale</u> activiteiten overgewicht</b>	<b>Kosten</b>
<p><b>1. Buurt, Onderwijs en Sport (BOS-impuls 2007 tot 2011)</b> In het kader van het BOS project zal de inzet van bewegingsconsulenten en aan sportstimulering worden gedaan voor afname overgewicht en betere sportdeelname. De bewegingsconsulent zal het gehele schooljaar de eerste gymles voor de kinderen van de midden en bovenbouw verzorgen. De tweede les wordt door de docent zelf gegeven. Hierin wordt de docent getraind door de bewegingsconsulent. Ten aanzien van de sportstimulering voor de jeugd (4 t/m 12 jaar) en de jongeren (12 t/m 19 jaar) worden er, in samenwerking met de lokale sportverenigingen, sportkennismaking- en sportactiviteiten gehouden gedurende de loop van het project. Het project wordt integraal opgepakt binnen sportbeleid en gezondheidsbeleid en start in het najaar van 2007.</p> <p>Eveneens wordt binnen het BOS project uitvoering gegeven aan weerbaarheids trainingen voor de bovenbouw (groepen 7 en 8) van de basisscholen. Op iedere school worden de docenten getraind om een weerbaarheidstraining te verzorgen. Via bijeenkomsten wordt aan de ouders informatie verstrekt over deze training.</p>	<p><b>€ 2.500</b></p>

PREVENTIE: Implementatie zes minuten zone in Zijpe	Kosten
<p>1. De raad van de gemeente Zijpe heeft op 28 augustus 2007 besloten dat de gemeente Zijpe eind 2008 Automatische Externe Defibrillator (AED) proof zou moeten zijn. De realisatie van deze voorziening is opgenomen in de nota lokaal gezondheidsbeleid 2007 - 2011. Binnenkort wordt gestart met het opstellen van een plan van aanpak waar het maatschappelijk middenveld nauw bij betrokken wordt en waarin onderscheid wordt gemaakt tussen gemeentelijke accommodatie en zogeheten publieke ruimten.</p>	<p><b>Nog onbekend</b></p>

### 8.3 Diabetes mellitus, regionaal / lokaal projectvoorstel

Gemeenten en GGD zullen de afstemming en samenwerking tussen partijen stimuleren. De huidige activiteiten worden (beter) in beeld gebracht. Preventie van diabetes is voornamelijk gericht op het bevorderen van gezond eten en bewegen. Projecten met als doelgroep jeugd en jongeren staan beschreven bij overgewicht. Gegevens en ervaringscijfers die tot op heden bekend zijn, geven geen aanleiding tot het besteden van extra aandacht aan diabetes op lokaal niveau.

### 8.4 Conclusie en financiële paragraaf speerpunten komende vier jaar

In de twee voorgaande hoofdstukken zes en zeven en in dit hoofdstuk staan de speerpunten beschreven die zowel voor de regio als voor de gemeente Zijpe als beleidsuitgangspunten voor de komende vier jaar worden vastgesteld.

Om in de komende periode in te kunnen spelen om de lokale situatie, ontwikkelingen en vernieuwing wordt voor de periode 2009-2011 per jaar € 2.000 extra middelen ingezet. Deze middelen zijn niet per definitie gekoppeld aan een speerpunt, maar kunnen ook voor andere preventieve maatregelen ter verbetering van de gezondheid worden ingezet.

Resumerend houdt dit het volgende in:

1. De twee speerpunten, schadelijk alcoholgebruik en psychische problemen, staan de komende vier jaar centraal in het gezamenlijk gedragen regionale gezondheidsbeleid, en als gevolg hiervan, in het lokale gezondheidsbeleid van iedere afzonderlijke gemeente in de Kop van Noord-Holland. Hiervoor worden extra middelen ingezet.
2. Voor de drie speerpunten, roken, overgewicht en diabetes mellitus, worden de komende vier jaar activiteiten en bovengenoemde bedragen voor de jaren 2009 t/m 2011 geïndexeerd voor de prijsindex die de gemeente hanteert.  
Deze items worden zoveel mogelijk gecontinueerd en geïntensiveerd. Deze drie speerpunten hebben in de uitvoering duidelijke raakvlakken met het bevorderen van een actieve en gezonde leefstijl en zijn opgenomen in het Breedtesport- en BOS- project. Sport als middel of doel bij de lokale vraagstukken gezondheidsbeleid. Voor lokale activiteit worden extra middelen ingezet, zie overzicht lokale activiteiten 9.3.
3. Om als gemeente de taak binnen de Wcpv goed uit te kunnen voeren is het wenselijk dat er in de gemeente zoveel mogelijk integraal gewerkt wordt en dat er op het gebied van openbare gezondheid meer afstemming plaats vindt tussen de verschillende beleidsterreinen.

Jaarlijks benodigde middelen voor de gemeente Zijpe in de periode 2007-2011 is € 23.543 (regionaal € 5.203 en lokaal € 18.250)

De bedragen in de jaren 2009 t/m 2011 dienen nog te worden geïndexeerd, conform de prijsindex die de gemeente Zijpe hanteert.

In onderstaand tabel staat een meerjaren overzicht van de regionale en lokale activiteiten en/of projecten en benodigde middelen

### Regionale activiteiten

	2008	2009	2010	2011
Jeugd en Alcohol	€ 3.990	€ 3.990	€ 3.990	€ 3.990
Psychische problemen	€ 1.213	€ 1.213	€ 1.213	€ 1.213
	€ 5.203	€ 5.203	€ 5.203	€ 5.203

### Lokale activiteiten

	2008	2009	2010	2011
Preventieve huisbezoeken	€ 11.250	€ 11.250	€ 11.250	€ 11.250
Verweduwen				
BOS-impuls	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500
Implementatie zes minuten zone in Zijpe met AED	Kosten nog niet bekend	Kosten nog niet bekend		
Actiemaand alcohol/drugs voorlichting	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500
Incidentele speerpunten of andere preventieve maatregelen.	€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000
	€ 18.250	€ 18.250	€ 18.250	€ 18.250

### Kosten lokaal gezondheidsbeleid

€ 23.453	€ 23.453	€ 23.453	€ 23.453
----------	----------	----------	----------

### Toelichting

- Aan de BOS-impuls doen de regio gemeenten mee. De financiering is gedeeltelijk onttrokken uit het budget gezondheidsbeleid.
- Voortzetting van de projecten preventieve huisbezoeken en verweduwen worden in combinatie uitgevoerd.
- De actiemaand alcohol/drugs willen jaarlijks laten plaatsvinden vanwege de preventieve werking en aandacht voor dit vraagstuk.
- Voor de implementatie van de zes minuten zone in de gemeente Zijpe en de daarbij nodig zijnde kosten wordt een apart voorstel aan college en raad voorgelegd.

## 9 Actieplannen

### 9.1 Actieplan Psychische problemen

<b>Doelstelling</b>							
De algemene doelstelling van het uitvoeringsplan is het verbeteren van de psychische gezondheid en het terugdringen van psychische ongezondheid.							
Subdoelstellingen:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- het vergroten van het bereik van preventieve interventies gericht op het verbeteren van de psychische gezondheid</li> <li>- het verbeteren en versterken van de preventiestructuur</li> <li>- vroegsignalering van risicogroepen vergroten</li> <li>- taboedoorbreking, d.m.v. publieksinformatie</li> <li>- het vergroten van het inzicht in de problematiek en in het bereik en de effectiviteit van interventies</li> </ul>							
Nr	Doelgroepen, partners, stakeholders	Activiteiten	Verantwoordelijken /uitvoerenden	Coördinator	Middelen en budget	Planning	Evaluatie
1	Gemeenten	Evaluatievoorstel Factsheet ouderen en psychische gezondheid Factsheet jeugd en psychische gezondheid Evaluatieverslag en voorstel community interventie Visbuurt	GGD/GGZ	GGD	Basispakket	Najaar 07 Najaar 07  Aug 2007  Aug. 2007	nvt
2	Gemeenten, ketenpartners	Expertmeeting	GGD/GGZ	GGD	Basispakket	Sept 2007 2008 2009 2010 2011	
3	Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP-kinderen)	Vroegsignalering       KOPP-cursus	GGZ/GGD       GGZ	GGD JGZ GGZ NHN	Zie financiële paragraaf	Jan 2008- dec 2010      2008	Wordt verder uitgewerkt in evaluatievoorstel
4	Volwassen en ouderen met risico op/of beginnende depressie of angststoornis (met name vrouwen met lage ses en overgewicht)	Bewegen zonder zorgen	GGD	GGD	Zie financiële paragraaf	2008-2010	In evaluatievoorstel
5	Algemeen publiek	Publieksinformatie	GGD/GGZ	GGD	Zie financiële paragraaf	2008-2010	In evaluatievoorstel uitgewerkt

## 9.2 Actieplan Jeugd en alcohol

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

		drugsgebruik					
6	Niet-commerciële horeca	Instructie voor Verantwoord Alcoholgebruik	Brijder	Brijder	Zie financiële paragraaf	2007-2011	Jaarlijks evaluatie Brijder
7	ouders	Project alcohol en opvoeding Vroegtijdige Interventie Scholen	GGD/Brijder Brijder	GGD Brijder	regulier Zie financiële paragraaf	2007 2007-2011	Opname in eindverslag Jaarlijks evaluatie Brijder
8	Jongeren	Inzet van het drugsinfoteam op festivals, evenementen en de horeca	Brijder	Brijder	Zie financiële paragraaf	2007-2011	Jaarlijks evaluatie Brijder



**Actieplan 9.3 Overzicht lokale projecten en activiteiten gezondheidsbeleid gemeente Zijpe 2007-2011**

<b>Doelstelling</b>							
De algemene doelstelling van het uitvoeringsplan is het versterken van de gezondheid en leefbaarheid door middel van projecten, activiteiten op het gebied van wonen, welzijn, zorg.							
Subdoelstellingen:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- het vergroten van het bereik van preventieve interventies gericht op het versterken van de lokale gezondheid en leefbaarheid</li> <li>- het verbreden en versterken van participatie en perspectief</li> <li>- vroegsignalering van risicogroepen vergroten</li> <li>- het verbreden van bekendheid van de projecten</li> </ul>							
Nr	Doelgroepen, partners, stakeholders	Activiteit / Project	Verantwoordelijken / uitvoerenden	Coördinator	Middelen en budget	Planning	Evaluatie
1	Doelgroep: ouderen vanaf 72 jaar Partners: Gemeente en ketenpartners	Voortzetting van project preventief huisbezoek voor de doelgroep vanaf 72 jaar.  Werkplan 2008	SWOS en vrijwilligers	SWOS	€ 11.250 ( raming projecten 1 en 2)	december 07  oktober 08	-werkplan 2008 - Voortgangsoverleg werkgroep Leefstijl Ouderen - Jaarlijks
2	Doelgroep: ouderen vanaf 55 jaar Partners: Gemeente en ketenpartners	Voortzetting van het project verdeduwend vanaf 55 jaar. Werkplan 2008	SWOS en vrijwilligers	SWOS	i.c.m. bovenstaand project	december 07  oktober 08	-werkplan 2008 - Voortgangsoverleg werkgroep Leefstijl Ouderen - Jaarlijks
3	Doelgroep: inwoners van Zijpe Partners: Gemeente, werkgroepen en lokale organisaties	Implementeren van zes minuten zone in Zijpe met Automatische Externe Defibrillator (AED)	Hartstichting, lokale werkgroepen, stichtingen en instellingen	Gemeente	Nog geen kosten bekend.	voorjaar08  september 08	-plan van aanpak  - voortgangsverslag
4	Doelgroep: jongeren 10 – 18 jaar Partners: Gemeente, werkgroep leefstijl jongeren en ketenpartners	Regionale voorlichting, scholing overmatig alcohol / drugs gebruik  Actiemaand alcohol/drugs voorlichting ( voorbeeld gemeente Niedorp)	Jongerenpanel, jongerenwerkster, Brijder en GGD	GGD en Brijder	€ 3.990  € 2.500	2008-2011	Jaarlijkse voortgangsrapportage over behaalde resultaten
5	Doelgroep: jongeren en ouderen Partners: Gemeente, platform Zijpe Gezond, werkgroepen leefstijl en lokale organisaties	Lokale activiteiten BOS-impuls: inzet beweegconsulent, sportstimulering voor jeugd en jongeren en weerbaarheidstrainingen	Werkgroepen Leefstijl Jongerenpanel, GGD, Sportservice Schagen, Sportverenigingen	Sportservice Schagen en gemeente	€ 2.500	2008-2011	Voortgangsgesprekken en jaarlijkse rapportage over behaalde resultaten
6	Doelgroep: kinderen van ouders met psychische problemen; volwassenen en ouderen met risico op of beginnende depressie of angststoornis	Verbeteren psychische gezondheid en terugdringen psychische ongezondheid. De activiteiten zijn gericht op preventieve aanpak	GGD, GGZ-Noord-Holland-Noord, Triversum, Algemeen Maatschappelijk Werk,	GGD	€ 1.213	2008/2009	Jaarlijkse rapportage voortgang realisatie voorzieningen

	Partners: Gemeente, platform Zijpe Gezond, werkgroepen, jongerenpanel en ketenpartners		Bureau Jeugdzorg, scholen, stichtingen welzijn voor ouderen, Sportservice Schagen, gemeentelijke afdelingen, werkgroepen en anderen				
	Doelgroep: jeugd en ouderen Partners: Gemeente, werkgroepen en ketenpartners	Incidentele speerpunten of andere preventieve lokale maatregelen	Gemeente, lokale partners en andere ketenpartners	Gemeente	€ 2.000		Jaarlijkse rapportage voortgang realisatie voorziening

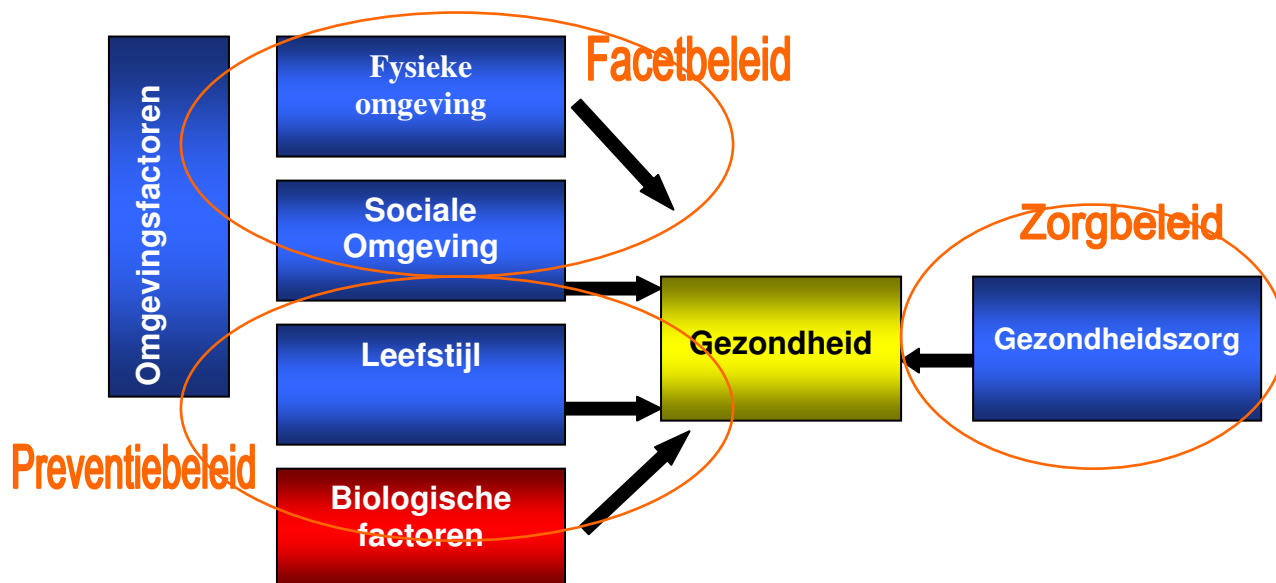
## Literatuur

Conceptnota GGD Lokaal gezondheidsbeleid, Gelre-IJssel
Conceptnota GGD Lokaal gezondheidsbeleid, Noord-Kennemerland
Conceptnota GGD Lokaal gezondheidsbeleid, West-Friesland
Inspectie voor de Gezondheidszorg/SGBO, Staat van de Gezondheidszorg, Deelrapport Onderzoek gemeentelijke nota's lokaal gezondheidsbeleid, april 2005
Leeuw den Bouter, J.E. de, E-MOVO regiorapport, 2006
Leeuw den Bouter, J.E. de, Gezondheidsenquête Noord-Holland Noord, Kop van Noord-Holland, september 2003
Leeuw den Bouter, J.E. de, Sterfte in Noord-Holland en Flevoland: Analyse van sterftecijfers in de provincies Noord-Holland en Flevoland 1996-2002, Kop van Noord-Holland, 2005
Leeuw den Bouter, J.E. de, Vreugdenhil C., Gezondheidsenquête Noord-Holland-Noord Deelrapport Psychische problemen, jan 2005
Ministerie van VWS, 'Kiezen voor gezond leven', preventienota 2007-2010, 2006
Vollebergh, W. [et al.], Psychische stoornissen in Nederland: Overzicht van de resultaten van Nemesis, 2003
Walg, C.B., Relatie Wcpv en Wmo, januari 2006

## Relevante websites

Brijder Verslavingszorg	<a href="http://www.brijder.nl">www.brijder.nl</a>
Centraal Bureau voor de Statistiek	<a href="http://www.cbs.nl">www.cbs.nl</a>
GGD Kennisnet	<a href="http://www.ggd Kennisnet.nl">www.ggd Kennisnet.nl</a>
GGD Nederland	<a href="http://www.ggd.nl">www.ggd.nl</a>
Jellinek	<a href="http://www.jellinek.nl">www.jellinek.nl</a>
Kenniscentrum overgewicht	<a href="http://www.Overgewicht.org">www.Overgewicht.org</a>
Kiesbeter	<a href="http://www.kiesbeter.nl">www.kiesbeter.nl</a>
NIGZ	<a href="http://www.nigz.nl">www.nigz.nl</a>
NISB voor kennis over sport en beweging	<a href="http://www.nisb.nl">www.nisb.nl</a>
NOC * NSF	<a href="http://www.nocnsf.nl">www.nocnsf.nl</a>
RIVM	<a href="http://www.rivm.nl">www.rivm.nl</a>
Stivoro	<a href="http://www.stivoro.nl">www.stivoro.nl</a>
Trimbos	<a href="http://www.trimbos.nl">www.trimbos.nl</a>
VNG	<a href="http://www.vng.nl">www.vng.nl</a>
Voedingscentrum	<a href="http://www.voedingscentrum.nl">www.voedingscentrum.nl</a>
VWS	<a href="http://www.minvws.nl">www.minvws.nl</a>

## Bijlage 1 Model van Lalonde



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

Uit het bovenstaande model blijkt dat er veel factoren van invloed zijn op de gezondheid en het welzijn van mensen. Gemeenten kunnen hun beleid richten op de toegankelijkheid van het zorgaanbod, de fysieke en sociale omgeving en de leefstijl van mensen.

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

## Bijlage 2 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

### Wet van 25 mei 1990, houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid

WIJ BEATRIX, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz. Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is wettelijke regels te stellen betreffende de bemoeienis van gemeentebesturen met collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid alsmede een wettelijke basis te bieden voor specifieke uitkeringen ter zake;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

#### § 1. Inleiding

##### Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. collectieve preventie: bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking;
- c. epidemie van infectieziekten: een in korte tijd sterke toename van het aantal nieuwe patiënten lijdend aan een bij of krachtens artikel 2 of 3 van de Infectieziektewet aangewezen ziekte;
- d. jeugdgezondheidszorg: preventieve gezondheidszorg ten behoeve van personen in de leeftijd van nul tot negentien jaar, bestaande uit de in artikel 3a, tweede lid, bedoelde taken.

2. Bij algemene maatregel van bestuur kan voor één of meer van de bij die maatregel aangewezen taken met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg een van het eerste lid, onderdeel d, afwijkende leeftijdsgrens worden vastgesteld, met dien verstande dat de maximumleeftijd ten hoogste op negentien jaar wordt gesteld.

#### § 2. Gemeentelijke taken

##### Artikel 2

1. Burgemeester en wethouders bevorderen de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

2. Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid dragen burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

- a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld.
- b. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- c. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- d. het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;
- e. het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;
- f. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid, onder a en onder c tot en met f, vermelde werkzaamheden nader worden uitgewerkt.

**Artikel 3**

1. Burgemeester en wethouders dragen zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding, voorzover dit bij algemene maatregel van bestuur is bepaald.

2. Onze Minister kan ter zake van de bestrijding van een epidemie van infectieziekten een aanwijzing geven aan burgemeester en wethouders, indien zij niet of niet naar behoren maatregelen treffen ter bestrijding van de epidemie, terwijl er ernstig gevaar voor de volksgezondheid dreigt en een bovenregionale verspreiding van de desbetreffende infectieziekte te verwachten is.

3. Onze Minister pleegt over een voornemen tot het geven van een aanwijzing overleg met burgemeester en wethouders. Hij deelt het nemen van de aanwijzing, onder vermelding van de redenen daarvoor, mee aan de beide kamers van de Staten-Generaal.

**Artikel 3a**

1. Burgemeester en wethouders dragen eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.

2. Ter verwezenlijking van het eerste lid dragen burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;

b. het ramen van de behoeften aan zorg;

c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van de perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;

d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;

e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid genoemde taken nader worden uitgewerkt.

**Artikel 3b**

De gemeenteraad stelt vóór 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij tenminste aangeeft hoe burgemeester en wethouders uitvoering geven aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting.

**Artikel 4**

1. Indien de gemeenteraad een bijdrage heft voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van collectieve preventie draagt hij er zorg voor dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden.

2. Geen bijdrage wordt geheven voor de bij of krachtens de artikelen 3 en 3a opgedragen taken, behoudens in gevallen bij algemene maatregel van bestuur genoemd.

**Artikel 5**

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen burgemeester en wethouders zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.

2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vragen burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

**Artikel 5a**

Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels, staat het burgemeester en wethouders vrij om de taken of onderdelen van taken, als bedoeld in artikel 3a, tweede lid, onder a tot en met d, te laten uitvoeren door instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 16 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

**Artikel 6**

1. Burgemeester en wethouders dragen er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:

a. geneeskunde;

b. epidemiologie;

c. verpleegkunde;

d. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;

- e. tandzorg;
  - f. gedragswetenschappen;
  - g. informatica.
2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de door de in het eerste lid genoemde deskundigen gevolgde opleidingen of verlangde deskundigheidseisen; de gestelde regels kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

#### **Artikel 6a [Vervallen per 01-01-2003]**

##### **§ 3. Rijkstaken**

#### **Artikel 7**

1. Onze Minister bevordert de kwaliteit en de doelmatigheid van de collectieve preventie.
2. Hij stelt voor het eerst in 2002 en vervolgens elke vier jaar bij nota landelijke prioriteiten vast op het gebied van de collectieve preventie.
3. Hij stelt in ieder geval eenmaal per vier jaar een landelijk programma vast voor uitvoering van onderzoek op het terrein van collectieve preventie.
4. Hij draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.
5. Hij bevordert de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie.

#### **Artikel 7a**

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

##### **§ 4. Gegevensverstrekking**

#### **Artikel 8**

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen met het oog op het bepaalde in artikel 2, tweede lid, onder a, regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van gegevens aan burgemeester en wethouders door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de volksgezondheid. In de maatregel kan het stellen van nadere regels ten aanzien van daarbij aangewezen onderwerpen aan Onze Minister worden opgedragen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van systematische informatie door gemeenten aan Onze Minister inzake de uitvoering van de wet.
3. De in dit artikel bedoelde algemene maatregelen van bestuur bevatten ten minste regels met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten, en kunnen de in het eerste en tweede lid bedoelde gegevensverstrekking verplicht stellen.

##### **§ 5. Slotbepalingen**

**Artikel 9 [Vervallen per 01-01-1989], Artikel 10 [Vervallen per 01-01-2003], Artikel 11 [Vervallen per 01-01-2003], Artikel 12 [Vervallen per 01-01-2003], Artikel 13 [Vervallen per 01-01-2003]**

#### **Artikel 14**

Deze wet treedt in werking met ingang van 1 januari 1989.

Indien het Staatsblad waarin zij wordt geplaatst wordt uitgegeven na 31 december 1988, treedt zij in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin zij wordt geplaatst en werkt zij met uitzondering van het bepaalde in artikel 5, eerste lid, terug tot en met 1 januari 1989.

#### **Artikel 15**

Deze wet kan worden aangehaald als 'Wet collectieve preventie volksgezondheid'.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 25 mei 1990

BEATRIX

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

H.J. Simons

Uitgegeven de zesentwintigste juni 1990, De Minister van Justitie E.M.H. Hirsch Ballin

## Bijlage 3 Besluit Jeugdgezondheidszorg

### Besluit van 5 november 2002, houdende nadere uitwerking van de gemeentelijke taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg (Besluit jeugdgezondheidszorg)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 augustus 2002, kenmerk POG/OGZ 2.284.107;

Gelet op de artikelen 3a, derde lid, en 5a van de Wet collectieve preventie volksgezondheid;

De Raad van State gehoord (advies van 29 augustus 2002 nr. W13.02.0374/III);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 oktober 2002, kenmerk POG/OGZ 2.325.164;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### Paragraaf 1. Algemene bepalingen

##### Artikel 1

In dit besluit wordt verstaan onder:

- b. de wet: de Wet collectieve preventie volksgezondheid;
- c. het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg: de in artikel 3a, tweede lid, van de wet genoemde taken.

##### Artikel 2

1. Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel.
2. Het uniform deel van het basistakenpakket omvat de in paragraaf 2 van dit besluit beschreven werkzaamheden, welke aan alle jeugdigen worden aangeboden.
3. Het maatwerkdeel van het basistakenpakket omvat de in paragraaf 3 van dit besluit beschreven werkzaamheden, welke worden afgestemd op de specifieke zorgbehoeften van jeugdigen alsmede op lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens.

#### Paragraaf 2. Uniform deel

##### Artikel 3

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder a, van de wet genoemde taak inzake de gezondheidstoestand van jeugdigen en de gezondheidsbeïnvloedende factoren omvat de volgende werkzaamheden:

- a. het afnemen van een algemene anamnese bij de jeugdige;
- b. het beoordelen van de lichamelijke verschijning van de jeugdige;
- c. het meten en beoordelen van de groei van de jeugdige;
- d. het beoordelen van de ontwikkeling van de jeugdige;
- e. het beoordelen van het functioneren van de jeugdige;
- f. het beoordelen van medisch-biologische parameters van de jeugdige;
- g. het beoordelen van het gedrag van de jeugdige;
- h. het beoordelen van het sociaal milieu van de jeugdige;
- i. het beoordelen van het fysiek milieu van de jeugdige;
- j. het in kaart brengen van het zorgsysteem rondom de jeugdige.

##### Artikel 4

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder b, van de wet genoemde taak inzake de behoeften aan zorg omvat, naast de in artikel 6 genoemde werkzaamheden, de volgende werkzaamheden:

- a. het schatten van de verhouding tussen draaglast en draagkracht van de jeugdige en van het gezin waartoe hij behoort;
- b. het schatten van de behoefte aan advies en voorlichting van de jeugdige en van het gezin waartoe hij behoort;
- c. het inventariseren van de zorg die de jeugdige reeds ontvangt;
- d. het nagaan of de jeugdige tot een of meer risicogroepen behoort.

##### Artikel 5

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet genoemde taak inzake de opsporing en preventie van specifieke stoornissen omvat de volgende werkzaamheden:

- a. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van oogpathologie;
- b. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van maldescensus testis;



- c. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van congenitale hartafwijkingen;
- d. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van spraak- of taalstoornissen;
- e. het nagaan of bij de jeugdige sprake is van perceptief gehoorverlies;
- f. het zonodig aanbieden van vaccinatie tegen hepatitis B;
- g. het zonodig aanbieden van vaccinatie tegen tuberculose.

### **Paragraaf 3. Maatwerkdeel**

#### **Artikel 6**

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder b, van de wet genoemde taak inzake de behoeften aan zorg omvat, naast de in artikel 4 genoemde werkzaamheden, de volgende werkzaamheden:

- a. het ramen welke zorgverlening op maat nodig is;
- b. het ramen welke risicogroepgerichte zorg nodig is.

#### **Artikel 7**

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder d, van de wet genoemde taak inzake voorlichting omvat daarnaast de volgende werkzaamheden:

- a. het geven van individugerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- b. het geven van groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

#### **Artikel 8**

De in artikel 3a, tweede lid, aanhef en onder e, van de wet genoemde taak inzake gezondheidsbedreigingen omvat de volgende werkzaamheden:

- a. het formuleren welke individuele maatregelen, afgestemd op het gezin van de jeugdige, nodig zijn;
- b. het formuleren welke maatregelen, afgestemd op de groep gezinnen waartoe het gezin van de jeugdige behoort, nodig zijn;
- c. het formuleren welke individuele maatregelen, afgestemd op buurt of school van de jeugdige, nodig zijn;
- d. het formuleren welke maatregelen, afgestemd op de groep buurten of scholen waartoe de buurt of school van de jeugdige behoort, nodig zijn.

### **Paragraaf 4. Slotbepalingen**

#### **Artikel 9**

Indien de gemeenteraad gebruik maakt van de hem in artikel 5a van de wet gegeven bevoegdheid, stelt de gemeenteraad daarbij aan een instelling als bedoeld in dat artikel dezelfde eisen als bij of krachtens de wet met betrekking tot de uit te voeren taken of onderdelen van taken gesteld worden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst.

#### **Artikel 10**

De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

#### **Artikel 11**

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit jeugdgezondheidszorg.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 5 november 2002

Beatrix

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

C. I. J. M. Ross-van Dorp

Uitgegeven de negentiende november 2002

De Minister van Justitie,

J. P. H. Donner

## **Bijlage 4 Relevante wetgeving voor gemeentelijk gezondheidsbeleid**

### **Wetten**

De twee wetten die naast de Wcpv en de Wmo de basis vormen voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid van burgers zijn de Grondwet en de Gemeentewet. Daarnaast zijn er vele wetten en besluiten die verbinding hebben met de collectieve preventietaak van gemeenten. Hieronder is een kort overzicht van betreffende wetten.

### **Medische milieukunde**

#### *Besluit Luchtkwaliteit*

Wettelijke normen voor luchtkwaliteit in Nederland, regels voor het vaststellen van en rapporteren over de luchtkwaliteit en het maken van actieplannen indien normen worden overschreden.

#### *Actieprogramma Gezondheid en Milieu en Modernisering Instrumentarium Geluidshinder*

Het ministerie van VROM heeft een aantal trajecten lopen die nog moeten uitmonden in regelgeving. De ontwikkelingen zijn te vinden op [www.minvrom.nl](http://www.minvrom.nl).

### **Openbare Geestelijke gezondheidszorg**

#### *Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)*

Geeft wettelijke bevoegdheid aan de burgemeester of een door hem aangewezen wethouder om mensen die vanwege hun psychische toestand een gevaar opleveren voor zichzelf of voor hun omgeving, verplicht te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis.

### **Infectieziekten**

#### *Infectieziektewet*

Er is een verplicht tot melding aan de GGD van een aantal in wet genoemde infectieziekten. De wet geeft de burgemeester de bevoegdheid tot vrijheidsbeperkende maatregelen gericht op individu. Ook is vastgelegd hoe de registratie moet plaatsvinden en welke adviestaken de GGD-directeur heeft.

#### *Quarantainewet*

Wettelijke bevoegdheden en voorschriften in geval van besmettelijke ziekten bij immigranten.

#### *Deconstructiewet*

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

#### *Waterleidingwet*

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aan preventie van infectieziekten.

#### *Wet op de geneesmiddelenvoorziening*

Voor infectieziektebestrijding is het Besluit immunologische farmaceutische producten van belang; aan een aantal instellingen kunnen in het kader van de infectieziektebestrijding direct vaccins en dergelijke geleverd worden; er zijn regels voor bewaring, administratie en toezicht door apothekers.

## **Jeugdgezondheidszorg**

### *Ziekenfondswet*

Een aantal gemeenten heeft te maken met het logopedistenbesluit dat op deze wet berust.

### *Wet op het primair onderwijs en Wet op het voortgezet onderwijs*

Onder andere regels voor onderwijshuisvesting (waarbij gelet moet worden op de technische hygiënezorg) en lokaal onderwijsachterstandsbeleid.

### *Leerplichtwet en de RMC-wet*

Gemeenten houden toezicht op nakoming van de leerplicht. In aanvulling op de Leerplichtwet geldt de RMC-wet (regionale meld- en coördinatiefunctie): het in regionaal verband aanpakken van de problematiek van het voortijdig schoolverlaten van niet-meer leerplichtige deelnemers tot 23 jaar.

### *Wetgeving buitengewoon onderwijs*

Verplichte GGD-advisering over toelating van kinderen tot het buitengewoon onderwijs.

## **Overige**

Wet geneeskundige hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

Rampenwet

Wet op de lijkbezorging

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (straks gedeelte Wmo)

Algemene Bijstandswet

Wet ambulancevervoer

Wet tarieven gezondheidszorg

Besluit Indicatiebeoordeling verpleging en verzorging

Kwaliteitswet zorginstellingen

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg:

Wet bescherming persoonsgegevens

Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

Wet bevolkingsonderzoek

Wet medisch Wetenschappelijk onderzoek bij mensen

Wet klachtenrecht cliënten zorgsector

Koppelingswet

Wet algemene bepalingen burgerservicenummer (Wabb)

Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Wbsn-z)

## Bijlage 5 Taken van de GGD

In het schema worden de basistaken kort omschreven. Voor meer informatie per taak wordt verwezen naar de begroting en het beleidsplan van de GGD.

<b>1</b>	<p><b><i>Infectieziektebestrijding</i></b> Deze taak is gericht op de vermindering en voorkoming van de besmetting met infectieziekten en vindt onder meer plaats door signalering, registratie, voorlichting, preventie en behandeling.</p>
<b>2</b>	<p><b><i>Tuberculosebestrijding (tbc)</i></b> De tbc-bestrijding verkleint de kans op tuberculose en tuberculose-infectie onder meer door voorlichting en BCG-vaccinatie van groepen die meer risico lopen. Daarnaast gaat het om de vroege opsporing, behandeling en begeleiding van mensen met een tuberculose(infectie).</p>
<b>3</b>	<p><b><i>Infectieziektebestrijding seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)/ AIDS</i></b> Met informatie en voorlichting probeert men een positieve houding ten aanzien van veilig vrijen te bevorderen onder meer door het geven van informatie en voorlichting. Daarnaast voert de GGD een curatief spreekuur uit, waarop mensen zich anoniem kunnen laten onderzoeken/testen op infecties. Het gaat dan bijvoorbeeld om jongeren en prostituees.</p>
<b>4</b>	<p><b><i>Medische Milieukunde</i></b> Het doel van deze taak is om gezondheidsklachten en –risico’s als gevolg van milieuverontreinigingen te voorkomen en te verminderen. Dit gebeurt onder meer aan de hand van voorlichting over risico’s, adviezen hoe deze zijn te vermijden, de signalering van ongewenste situaties en door communicatie ingeval een incident zich heeft voorgedaan.</p>
<b>5</b>	<p><b><i>Technische hygiënezorg</i></b> Hygiëne en veiligheid in gemeenschappelijke voorzieningen voorkomen de overdracht van micro-organismen. De GGD geeft voorlichting. Daarnaast beoordeelt hij of voorzieningen zoals kindercentra, tattoo- en piercingshops en bordelen voldoen aan de voorwaarden of dat ze een risico inhouden voor de gezondheid.</p>
<b>6</b>	<p><b><i>Bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker</i></b> Met de vroege opsporing van borst- en baarmoederhalskanker vermindert de sterfte en de ziektelast als gevolg van deze ziekten. Omdat daarvoor een zo groot mogelijke deelname van de vrouwen in de doelgroepen aan de onderzoeken van belang is, geeft de GGD voorlichting en levert adresgegevens. Daarnaast gaat het om een beleidsmatige bijdrage aan de kwaliteit van de bevolkingsonderzoeken.</p>
<b>7</b>	<p><b><i>Vangnethulpverlening</i></b> Vangnethulpverlening is gericht op verwaarloosde en vervuilde personen ter voorkoming van infectieziekten, verloedering en overlijden. Naast directe hulp gaat het om toeleiding naar de juiste hulp.</p>
<b>8</b>	<p><b><i>Lokaal gezondheidsbeleid</i></b> Als ondersteuning bij de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid levert de GGD relevante informatie, onderhoudt contact met de gemeenten, adviseert over gezondheid en preventie, faciliteert werkgroepen en organiseert samen met de gemeente werkconferenties.</p>
<b>9</b>	<p><b><i>Algemene beleidsadvisering</i></b> De GGD adviseert betrokkenen op het hele brede terrein van de (openbare)</p>

	gezondheidszorg. Hij volgt daartoe relevante landelijke, regionale en gemeentelijke beleidsontwikkelingen.
<b>10</b>	<b>Gezondheidsmonitors</b> De GGD levert informatie over de gezondheid van (groepen uit) de bevolking. Daartoe voert de GGD periodiek onderzoeken uit. Het is de bedoeling elke vier jaar de verschillende leeftijdsgroepen te onderzoeken.
<b>11</b>	<b>Beleidsadvisering</b> De GGD adviseert gemeenten en (zorg)instellingen op basis van bestaande gezondheidsgegevens uit eigen onderzoek, registraties en andere bronnen over brede terrein van de OGZ.
<b>12</b>	<b>Publieksgerichte informatiefunctie</b> Een eenvoudige toegang voor inwoners in de Kop van Noord-Holland tot publieksinformatie over gezondheid, zorg en welzijn bestaat nog in onvoldoende mate. De GGD is betrokken bij de ontwikkeling van systemen waardoor het publiek snel, eenvoudig en laagdrempelig de gewenste informatie kan krijgen (zie ook 14).
<b>13</b>	<b>Bevorderen van gezond leven</b> Omdat met gezond leven veel gezondheidswinst mogelijk is, draagt de GGD bij aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's. Naast een aanbod voor alle gemeenten, is specifieke ondersteuning mogelijk voor (clusters van) gemeenten.
<b>14</b>	<b>Kenniscentrum</b> De GGD verzamelt en/of verwerkt registratiegegevens van andere instellingen tot bruikbare beleidsinformatie voor gemeenten en andere beleidsmakers in de regio. De GGD verzamelt en documenteert daarnaast (vooral digitale) informatie over zorg, welzijn en gezondheid en deelt deze kennis middels een intranet actief met aangemelde personen (zie ook 12).
<b>15</b>	<b>OGGZ-Beleid en OGGZ-Vangnet- en adviespunt</b> De GGD voert het inhoudelijke secretariaat van het OGGZ-coördinatieorgaan waar betrokken partijen een samenhangend beleid formuleren op het gebied van de OGGZ. Ook voert de GGD OGGZ-taken uit zoals de Vangnet- en adviesfunctie.
<b>16</b>	<b>JGZ Overdracht 0-4 jarigenzorg naar de GGD</b> De zorg voor kinderen gaat op vierjarige leeftijd over van het consultatiebureau naar de JGZ / GGD. De overdracht van informatie vindt plaats zodat gezondheidskennis over de kinderen niet verloren gaat. De JGZ schat op grond van deze informatie voor elk kind in of een extra contact nodig is.
<b>17</b>	<b>JGZ Individuele zorg: gehele populatie</b> De JGZ screent/onderzoekt kinderen een aantal keren tijdens de schoolperiode. Als daarbij een lichamelijk of geestelijk probleem is vastgesteld, volgt een gericht advies. Risicokinderen (aangemeld op indicatie of doorverwezen vanuit de screenings) worden gezien door de jeugdarts. Dit draagt bij aan een zo goed mogelijke ontwikkeling van kinderen.
<b>18</b>	<b>JGZ Individuele zorg: op indicatie</b> Jongeren en ouders kunnen bij de GGD terecht met vragen over gezondheid, ontwikkeling, opvoeding en leefstijl. Om de drempel voor het stellen van deze vragen laag te houden, voert de GGD activiteiten uit zoals consult op verzoek, spreekuur op school en huisbezoek op indicatie. Jongeren zelf, hun ouders, docenten of anderen kunnen vragen om een contact. De GGD zoekt met de jongere en/ of de ouders naar een oplossing voor de zorgvraag.

<b>19</b>	<p><b>Rijksvaccinatieprogramma</b></p> <p>Dit programma voorziet in de vaccinatie van kinderen om hen optimaal te beschermen tegen difterie, kinkhoest, tetanus, polio, bof, mazelen, rodehond en haemophilus influenza type b (Hib), meningococcon-C en eventueel Hepatitis B. De GGD verzorgt de vaccinaties die plaatsvinden in het jaar dat kinderen negen jaar worden. Daarnaast gaat het om jeugdigen van 4-19 jaar die nog niet (volledig) zijn gevaccineerd volgens het programma voor kinderen tot 4 jaar.</p>
<b>20</b>	<p><b>Zorg voor leerlingen op Speciale Scholen voor Basisonderwijs (SBO), Voortgezet Onderwijs (SVO) en scholen voor Speciaal Onderwijs (SO)</b></p> <p>Doel is om optimale zorg en onderwijs te realiseren voor leerlingen met problemen op cognitief, emotioneel, gedrags- of sociaal-medisch gebied. De GGD kan een multidisciplinair advies uitbrengen, bijdragen aan een indicatiestelling voor SBO, SVO of SO en sociaal-medische begeleiding bieden aan geplaatste leerlingen.</p>
<b>21</b>	<p><b>JGZ Onderzoek en Beleidsadvisering</b></p> <p>De gezondheid van de jeugd, de bedreigingen van hun gezondheid en hun zorgbehoefte wordt op grond van gegevens uit de JGZ registratie en uit onderzoek in kaart gebracht. Dit ondersteunt gerichte beleidsvoering en inzet van preventieprogramma's.</p>
<b>22</b>	<p><b>JGZ Voorlichting en advies</b></p> <p>Naast het geven van voorlichting en advies om gezondheidsproblemen van jongeren te voorkomen of tijdig te signaleren voert de GGD preventieprogramma's uit. Deze zijn gericht op het gebied van psychosociale problematiek, opvoedingsondersteuning, kindermishandeling, leefstijl en tandverzorging (tandenpoetslessen).</p>
<b>23</b>	<p><b>JGZ Zorgnetwerken</b></p> <p>Goede signalering en vroegtijdige hulpverlening beperken de schade van psychosociale problemen en kindermishandeling bij jongeren. Daartoe is samenwerking nodig van verschillende instellingen. De GGD neemt deel aan een aantal zorgnetwerken met vertegenwoordigers van onder meer Algemeen Maatschappelijk Werk, Bureau Jeugdzorg, Jeugdgezondheidszorg 0-4-jarigen en GGD. Samen zoekt men in periodiek overleg oplossingen voor kinderen, jongeren of gezinnen die extra aandacht nodig hebben.</p>
<b>24</b>	<p><b>JGZ Beleidsnetwerken</b></p> <p>Deze beleidsnetwerken zijn gericht op afstemming en samenwerking tussen verschillende instellingen en gemeenten op het gebied van jeugdgezondheidszorg. Dit is zowel op lokaal, regionaal als op landelijk niveau.</p>

## **Bijlage 6 Trends in de samenleving die de gezondheid beïnvloeden**

### **Dubbele vergrijzing en ontgroening**

De dubbele vergrijzing (de toename van het aantal ouderen, nog eens extra aangezet door de gestegen levensverwachting) noodzaakt gemeenten tot een gerichte aanpak van fysieke en psychische beperkingen van ouderen.

Bovendien neemt het aantal jonge mensen in de totale bevolkingsopbouw af (ontgroening), met gevolgen voor het economisch en sociaal beleid en voor het gezondheidsbeleid in de regio.

### **Arbeidsparticipatie**

Arbeid kan zowel positief als negatief de geestelijke en lichamelijke gezondheid beïnvloeden. Trends in de arbeidsparticipatie hebben vooral te maken met demografische ontwikkelingen: de belasting van het werk stabiliseert, maar de bevolking vergrijst. In verhouding tot het aantal WAO-intreders zijn de wervingsinspanningen van bedrijven in relatief geringe mate gericht op reïntegrerende WAO-ers.

### **Immigratie**

De toenemende immigratie noodzaakt ook tot een meer uitgebreide bestrijding van infectieziekten, met name van aids en tuberculose. Ook de specifieke problematiek van vluchtelingen, zoals diverse vormen van psychisch trauma, zal aandacht vragen van de openbare gezondheid. De trend is om beleid en activiteiten te ontwikkelen voor deze kwetsbare groepen.

### **Informatiemaatschappij**

Het internet maakt informatie op elk moment beschikbaar voor iedereen met een internetaansluiting en kan zeer snel worden bijgewerkt en geactualiseerd. Dit medium biedt dan ook kansen en bedreigingen als het gaat om gezondheid, gezondheidsbevordering en gezondheidsbeleid.

## **Bijlage 7 Ontwikkelingen in de gezondheid(szorg)**

### **Nieuw zorgstelsel**

De Rijksoverheid heeft een grote verandering binnen het zorgstelsel ingezet, die verstrekkinge gevolgen heeft voor alle betrokken partijen (cliënten, patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten).

### **Het huidige zorgstelsel ziet er als volgt uit:**

- AWBZ (Algemene wet bijzondere ziektekosten): voor korte onverzekerbare, zware en langdurige medische zorg (Rijk);
- Zvw: Zorgverzekeringswet geldt voor de kortdurende curatieve medische zorg wordt bekostigd via de zorgverzekeraar;
- Wmo: de niet medische zorg en maatschappelijke ondersteuning worden bekostigd door de gemeenten via de Wmo;
- Wcpv: de collectieve preventie wordt bekostigd door gemeenten via de Wet collectieve preventie volksgezondheid.

### **Marktwerking**

De gehele zorgsector (ook de openbare gezondheidszorg) maakt een ingrijpende omslag door van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem. Meer marktwerking betekent minder regulering, meer ondernemerschap en nieuwe financieringsmethoden. Maar ook meer concurrentie door de komst van nieuwe zorgaanbieders. Bovendien ontstaan er fusies en samenwerkingsverbanden. Overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten zullen in de komende jaren gezamenlijk werken aan meer kwaliteit en efficiency in de zorg. De modernisering van de AWBZ, de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de komst van de Basisverzekering zijn allemaal ontwikkelingen om marktwerking in gang te zetten.

### **Extramuralisering**

De extramuralisering in de zorg betreft het streven om buiten de muren van een intramurale instelling (waar iemand opgenomen wordt) gelijkwaardige zorg te bieden; bijvoorbeeld in de eigen woning, als om een verschuiving van intramurale zorg naar lichtere vormen van zorg; bijvoorbeeld ziekenhuiszorg in een verpleeghuis, verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis, verzorgingshuiszorg in een aanleunwoning. Deze trend heeft grote consequenties voor het beleid ten aanzien van zorg, welzijn en wonen binnen de gemeente.

### **Verandering aard problematiek**

In vroegere tijden vormden infectieziekten en gezondheidsbedreigingen uit de arbeids- en woonomgeving de belangrijkste gezondheidsproblemen. Tegenwoordig is er ook sprake van gezondheidsproblemen die een relatie hebben met leefstijl en leefomgeving (opvoedingsklimaat en woonomgeving).

Bovendien is er een sterke toename van de psychosociale problematiek, zowel bij volwassenen als bij jongeren. Zo is er een toegenomen behoefte aan opvoedingsondersteuning en zijn er meer jongeren met stressproblemen en eenzaamheid.

### **Sociaal isolement**

Sociale relaties kunnen op verschillende manieren de gezondheid beïnvloeden. Het ontvangen van meer emotionele steun hangt samen met een kleinere kans op kanker (nieuwvormingen), hart- en vaatziekten en lichamelijke functioneren. De steun van sociale relaties kan leiden tot



een betere psychische gezondheid, omdat men zich meer gewaardeerd voelt en meer hulp beschikbaar is in geval van nood. Weinig steun kan echter leiden tot het ontstaan van een depressie, burn-out en verhoging van het ziekteverzuim.

**Verschuiving van verantwoordelijkheden**

Preventieve interventies worden op verschillende plaatsen aangeboden of uitgevoerd, zoals de huisartsenpraktijk, werkplek en school. Met andere woorden: er vindt een verschuiving plaats van verantwoordelijkheden, waar ook gemeenten mee te maken krijgen.

**Tekort aan huisartsen**

Zowel het aanbod aan als de vraag naar huisartsenzorg zal stijgen, maar verwacht wordt dat de vraag in de periode 2004-2020 sneller zal toenemen door de toename van het aantal ouderen en chronisch zieken. De extra opleidingsplaatsen zullen de tekorten naar verwachting niet kunnen opvangen, omdat steeds meer huisartsen parttime willen werken. Bovendien is de beroepsgroep sterk verouderd, waardoor de uitstroom in de periode 2005-2020 zal toenemen. Verder kan de aansluiting tussen vraag en aanbod regionaal ook behoorlijk verschillen.

## Bijlage 8 Indicatoren IGZ

### Toelichting bij de indicatoren

In totaal zijn voor deze pilot, in overleg met de verschillende veldpartijen, 25 indicatoren geselecteerd. Per geselecteerde indicator wordt gevraagd naar (1) een aantal gegevens waarmee de teller en noemer voor de betreffende indicator kan worden berekend, (2) een aantal aanvullende gegevens om teller en noemer in het juiste perspectief te plaatsen, (3) de inzet per indicator.

- In dit document vindt u de hoofdindicatoren. Bij enkele indicatoren volgen ook aanvullende vragen, naast de hoofdindicator.
- Voor sommige indicatoren worden de uitkomst gegevens per sociaal economische status (SES), per leeftijdscategorie en naar etniciteit gevraagd om daarvoor te kunnen corrigeren en (GGD-)regio's te kunnen vergelijken.
- Standaardvragen bij elke indicator staan onderaan deze pagina. Deze betreffen de inzet en activiteiten van de GGD en van andere instellingen of de gemeente om de volksgezondheid te bevorderen.
- De indicatoren volgen waar mogelijk de vraagstelling uit de monitor Volksgezondheid of Jeugdgezondheidszorg. Gegevens over de volksgezondheid worden eens per vier jaar verzameld. De gegevens over interventies en activiteiten gericht op de volksgezondheidsproblemen wil de inspectie een keer per twee jaar verzamelen.
- Voor de verdere ontwikkeling van indicatoren voor de functie infectieziektebestrijding start de inspectie een traject in samenwerking met het Centrum voor infectieziektebestrijding bij het RIVM.

### NB. 1 Standaardvragen voor elke indicator

- Welke activiteiten zijn er door uw **eigen organisatie** of door **andere organisaties** uitgevoerd om de uitkomst van de indicator te beïnvloeden?
- Wat waren de doelgroepen van die activiteiten?
- Wat was het bereik van die activiteiten?
- Wat is er bekend over de effectiviteit van die activiteiten?

### NB. 2 Risicoschatting

De inspectie doet in de tweede fase nader onderzoek bij de GGD of andere instellingen als:

- in een regio een volksgezondheidsprobleem meer voorkomt dan elders;
- er minder activiteiten worden uitgevoerd gericht op een volksgezondheidsprobleem dan op grond van het probleem verwacht mag worden;
- de activiteiten niet aansluiten bij wat bekend is over de effectiviteit;
- het bereik van die activiteiten onder de doelgroep te laag is.

---

**INDEX VRAGENLIJST INDICATOREN**

<b>Nr.</b>	<b>Naam</b>
1A	Tijdigheid van de profylaxe Hepatitis B bij kinderen van draagsters
1B	Screening: neonatale gehoorscreening
1C	Screening: hielprikscreening
1D	Screening: screening op amblyopie
1E	Borstvoeding
1F	Vaccinatiegraad (RVP)
1G	Bereik JGZ (PGO)
1H	Overgewicht en obesitas bij jeugd
1I	Kindermishandeling
1J	Passief roken jeugd
1K	Roken jeugd
1L	Alcoholgebruik jeugd
1M	Veilig vrijen jeugd
3A	Roken
3B	Alcohol misbruik
3C	Obesitas
4A	Eenzaamheid
4B	Depressie & Angststoornissen
4C	Huiselijk geweld
4D	Suicide
4E	Risicogroepen OGGZ
5A	Geluidsoverlast
5B	Luchtkwaliteit
5C	Externe veiligheid
5D	Binnenhuismilieu

---

## **INDEX BEGRIPPENLIJST AFKORTINGEN**

### **Awbz**

De Algemene wet bijzondere ziektekosten is een volksverzekering die iedere Nederlander tegen onverzekerbare risico's verzekert zoals langdurige chronisch zorg.

### **BOS-project**

Sportstimulerings projecten op het terrein van Buurt, Onderwijs en Sport.

### **IGZ**

Inspectie voor de gezondheidszorg

### **Centrum voor Jeugd en Gezin**

Het regeerakkoord definieert een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) als een plaats waar zoveel mogelijk medische, sociale en educatieve ondersteuning voor ouders en hun kinderen wordt aangeboden. Te denken valt hierbij aan het consultatiebureau, opvoedingsondersteuning en gezinscoaching.

### **CVTM-gelden**

Gelden voor Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg.

### **EKD**

Het Elektronisch Kind Dossier wordt in 2008 ingevoerd in het kader van preventie en heeft als doel om geen kind ( 0 tot 19 jaar) buiten beeld te laten vallen.

### **GGD**

Gemeentelijke Gezondheidsdienst.

### **JAT-VAT-ZAT**

Multidisciplinaire adviesteams op de peuterspeelzalen (VAT), scholen voor het basisonderwijs (JAT) en voortgezet onderwijs (ZAT), die bijeenkomen. Dit als leidsters of leraren signalen krijgen op grond van het gedrag of de verhalen van kinderen en ze zich zorgen maken over (de ontwikkeling van) een kind en die niet binnen de school opgelost kunnen worden.

### **Mantelzorg**

Langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt aangeboden aan een hulpbehoevende persoon uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar overstijgt.

### **Mee**

Voorheen de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD). Mee levert onder meer informatie, advies en cliënt-ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking.

### **MMK**

De Medische Milieu Kunde is een taak van gemeenten en de GGD'en

## **OGGZ**

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

## **Prestatievelden**

De Wmo maakt gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning. Deze maatschappelijke ondersteuning wordt omschreven in negen prestatievelden of beleidsterreinen.

## **Respijtzorg**

De tijdelijke overname van zorg door vrijwilliger of professionele hulpverlener om de mantelzorger even vrijaf te geven.

## **Steunpunt Mantelzorg**

Het Steunpunt dat ondersteuning geeft ten behoeve van mantelzorg in de breedste zin van het woord.

## **SWOS**

Stichting Welzijn Ouderen Schagen

## **Vrijwilligerssteunpunt**

Het steunpunt dat in de gemeente is opgezet ter ondersteuning van vrijwilligers, organisaties en vrijwilligerswerk.

## **Wcpv**

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid geeft gemeenten de taak preventief beleid op het gebied van volksgezondheid te voeren.

## **WHO**

World Health Organisation. Deze organisatie definieert gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden.

## **WMD**

Stichting Welzijn Maatschappelijke Dienstverlening voert het maatschappelijk werk uit.

## **Wmo**

Wet maatschappelijke ondersteuning

## **Wmo-adviesraad**

De adviesraad die gevraagd en ongevraagd advies kan/mag leveren aan de gemeente op het gebied van de Wmo.

## **Wvg**

De oude Wet voorzieningen gehandicapten, die is opgegaan in de Wmo

## **Zorgplicht**

Gemeenten zijn verplicht om, binnen vooraf gestelde kaders, voorzieningen te verstrekken aan iedereen die het nodig heeft.