

GEZOND ALTENA
AALBURG WERKENDAM WOUDRICHEM

Gezond Altena

Nota gezondheidsbeleid Land van Heusden en Altena 2013-
2016

Voorwoord

Voor u ligt de nota gezondheidsbeleid 2013-2016 van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem (vanaf nu de drie gemeenten genoemd). In deze nota kunt u lezen waar de drie gemeenten zich de komende jaren in het kader van het gezondheidsbeleid op willen richten.

Gezondheid is belangrijk voor mensen. Een goede gezondheid draagt bij aan het persoonlijk welbevinden en bij alles wat je in het leven doet. Gezondheid is een groot goed maar tegelijk ook een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk mee te kunnen doen, voor werk en in vrije tijd.

Integraal Gezondheidsbeleid heeft veel facetten en kent veel actoren. Gemeenten kunnen het niet alleen, maar zijn afhankelijk van andere spelers in het veld. Zo spelen onder andere de GGD, welzijnsinstellingen, zorgaanbieders, huisartsen een belangrijke rol, maar ook scholen, ondernemingen kunnen bijdragen aan de bevordering van de gezondheid. De belangrijkste rol is echter weggelegd voor de inwoners zelf. Zij hebben bij uitstek de mogelijkheid hun eigen gezondheid, die van hun kinderen en/of ouders mede te bepalen.

Via een actief participatietraject hebben burgers en deskundigen gezamenlijk mede richting gegeven aan de keuze van de speerpunten zoals deze terug komen in deze beleidsnota. Doel van dit participatietraject was de betrokkenheid en draagvlak van inwoners en deskundigen bij het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's als de doelen en uitvoering van het beleid.

De drie gemeenten willen dan ook iedereen bedanken voor hun bijdrage en hopen elkaar ook in de komende beleidsperiode goed weten te vinden. In het belang van de gezondheid van inwoners van het Land van Heusden en Altena.

De samenwerkende gemeenten

Inhoudopgave

Voorwoord.....	2
Inhoudopgave	3
1 Inleiding.....	4
2 Beleidskader gezondheidsbeleid	5
2.1 Wettelijk kader.....	5
2.2 Visie op gezondheid	6
3 Relaties met andere beleidsvelden	7
4 Proces totstandkoming nota.....	9
4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012	9
4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)	9
4.3 Behandeling drie gemeenteraden.....	10
4.4 Burgerparticipatie.....	10
4.5 Inventarisatie organisaties.....	13
4.6 Conclusie	13
5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016	14
5.1 Alcohol.....	14
5.2 Eenzaamheid.....	16
5.3 Overgewicht	18
5.4 Overige thema's	19
6 Uitvoering van het beleid	24
6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma	24
6.2 Financieel kader	24
7 Evaluatie	25
Bijlagen.....	26

1 Inleiding

Een goede gezondheid is belangrijk. Vraag aan een willekeurig persoon wat hij of zij belangrijk vindt. Vaak zal het antwoord zijn dat hij/zij gezond is en blijft. Een gezonde bevolking vormt 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.

De gemeentelijke overheid heeft een belangrijke taak op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid als het gaat om de collectieve preventie en de maatschappelijke ondersteuning. Het is de taak van de gemeente om samen met alle betrokkenen te werken aan de gezondheid van haar inwoners. Het gezondheidsbeleid zoals in deze nota opgevat, heeft met name betrekking op gezondheidsbevordering. De taak van de gemeente richt zich vooral op het voorkomen van (vermijdbare) ziekten (dit wordt ook wel collectieve preventie genoemd) en op de openbare gezondheidszorg. Echter de verbinding met de andere twee onderdelen (gezondheidsbescherming en curatieve zorg) heeft de aandacht en dan in het bijzonder de relatie met de curatieve zorgsector (eerstelijnszorg).

De nota volksgezondheid 2008-2011 was ook een gezamenlijke nota van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem. In deze nota stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit.

Binnen het speerpunt alcohol en drugs hebben de gemeenten zich gericht op preventie en voorlichtingen rondom genotmiddelen. Hier is onder andere uitvoering aan gegeven door het regionale alcoholmatigingsproject 'Think before you drink', het opstellen van een protocol Alcoholvergiftiging samen met ziekenhuizen en weerbaarheidstrainingen. Voor het speerpunt overgewicht is er voornamelijk ingezet op preventieactiviteiten door projecten als 'Lekker fit', Gezonde Veilige School en sporten voor 55+. Binnen het speerpunt depressie is voornamelijk ingezet op voorlichting en het stimuleren van ontmoetingsactiviteiten voor ouderen middels inlooppunten. Aan het speerpunt Integraliteit is onder andere invulling gegeven door samenwerking met sport combinatiefunctionarissen en jeugdgezondheidszorg.

Een aantal wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van haar burgers. Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van dit wettelijk kader. Hierin is ook de visie van onze gemeenten op het gezondheidsbeleid opgenomen. In hoofdstuk 3 wordt de relatie met andere beleidsvelden toegelicht. Het proces waardoor deze nota tot stand is gekomen wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. De thema's en doelstellingen waar we ons de komende jaren op gaan richten zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de uitvoering van dit gezondheidsbeleid en de financiële consequenties beschreven. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 omschreven hoe de uitvoering van de nota geëvalueerd gaat worden.

2 Beleidskader gezondheidsbeleid

2.1 Wettelijk kader

2.1.1 *Wet Publieke Gezondheid*

Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke hulpvraag. De publieke gezondheidszorg is er altijd voor iedereen en richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en risicogroepen. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan, die met name gericht is op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is.

De traditionele definitie van Publieke Gezondheid is het voorkomen van ziekte, verlenging van de levensverwachting en het bevorderen van gezondheid door georganiseerde inspanningen van de maatschappij. De publieke gezondheidszorg is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten.

Gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de volgende taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg:

- algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering, technische hygiëne zorg, psychosociale hulpverlening bij ongevallen, rampen en ingrijpende gebeurtenissen en medische milieukunde. In de 2e tranche WPG is toegevoegd dat gemeenten zorgdragen voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
- jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5),
- ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a), het betreft het zorgdragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Lokaal zijn er al veel voorzieningen zoals huisartsen, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. De interventies zijn vooral gericht op het verbinden en faciliteren van deze lokale initiatieven. Het vindt zijn uitwerking ook grotendeels in het wmo-beleid.
- infectieziektebestrijding (artikel 6).

Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en laat de Wpg weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van meer gemeentelijke beleidsvrijheid. De keuzes die de gemeente op dit gebied maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens artikel 13 van de Wpg elke vier jaar opstelt. Hierin is aandacht voor gemeentelijke doelstellingen, resultaten en acties die in een bepaalde tijdperiode worden ondernomen. De landelijke prioriteiten uit de landelijke nota worden hierbij in acht genomen. Gemeenten kunnen gemotiveerd afwijken van deze prioriteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de cijfers over gezondheid van de inwoners of lokale omstandigheden.

2.1.2 *Rol van de GGD*

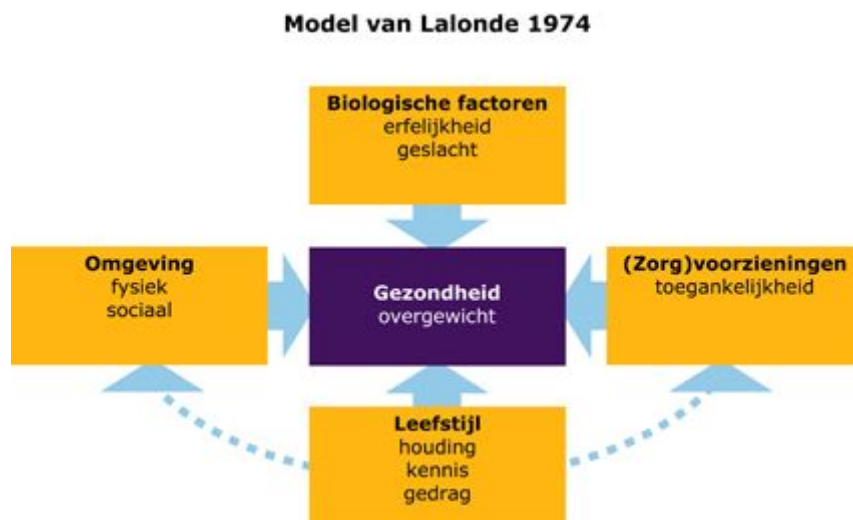
Volgens artikel 14 van de Wpg hebben gemeenten de taak een GGD in stand te houden voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Dat wil overigens niet zeggen dat alleen de GGD deze taken uitvoert; verschillende andere partijen kunnen een belangrijke rol spelen. Daarnaast bevat artikel 16 van de Wpg een bepaling: voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg, vraagt het college van B en W advies aan de GGD.

Naast de Wpg bevatten ook andere wetten voorschriften die (uiteindelijk) gezondheid als doel hebben. Voorbeelden zijn de wet Kinderopvang, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Drank- en horecawet.

2.2 Visie op gezondheid

Gezondheid is een groot goed. Gezonde burgers nemen deel aan de samenleving: zij kunnen leren, werken en voor elkaar zorgen. Gezondheidsbeleid is een investering in de samenleving. Een gezonde gemeente werkt aan een duurzame gezonde toekomst met en voor al haar inwoners.

Gezondheid is een breed begrip. Er is onderscheid tussen de feitelijke gezondheidssituatie en de beleving van de gezondheid door de burgers. Ook mensen met een ziekte of handicap kunnen zich gezond voelen. Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Het is een proces van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, dat wordt beïnvloed door verschillende factoren. Het, al oude, model van Lalonde brengt die factoren nog steeds het meest duidelijk in beeld:



Lokaal gezondheidsbeleid zal moeten aangrijpen bij deze factoren. Dit model van Lalonde maakt ook het belang van integraal werken aan gezondheid duidelijk. Andere beleidsterreinen, zoals sport, jeugd, ruimtelijke inrichting, milieu en Wmo, kunnen in hun beleid gezondheidsdoelen opnemen en zo bijdragen aan een gezonde samenleving. Andersom kunnen gezonde burgers weer een positieve bijdrage leveren aan deze verschillende beleidsterreinen.

Het realiseren van een duurzaam gezonde toekomst voor de inwoners van het Land van Heusden en Altena vraagt om de volgende aanpak:

- burgerkracht inzetten. Met eigen kracht, verantwoordelijkheid, weerbaarheid en basisvaardigheden kunnen burgers gezonde keuzes maken.
- andere beleidsterreinen dienen gezondheid vanzelfsprekend en structureel mee te nemen in hun activiteiten. Bijvoorbeeld door de omgeving zo in te richten dat bewoners worden uitgedaagd tot gezond bewegen.
- samenwerking met andere beleidssectoren, ketenpartners en private partijen.
- toekomstgericht denken: maatregelen van nu hebben invloed op de gezondheid van onze jongeren en hun kinderen.
- voortdurend en flexibel inspelen op maatschappelijke trends en ontwikkelingen.

3 Relaties met andere beleidsvelden

Het gezondheidsbeleid heeft veel raakvlakken met andere beleidsvelden. Op de belangrijkste wordt hieronder nader ingegaan. Deze zijn het wmo-beleid, sportbeleid, het jeugdbeleid en het veiligheidsbeleid. Ook wordt aangegeven welke raakvlakken er zijn met de drie decentralisaties in het sociale domein.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Het centrale doel van de Wmo is mensen in staat te stellen mee te doen in de samenleving. Door preventief gezondheidsbeleid neemt de kans toe dat mensen in staat zijn dit te realiseren zonder ondersteuning door de gemeenten. Immers bij een goede fysieke en mentale gezondheid zijn er minder belemmeringen te participeren in de maatschappij. Prestatieveld 9 van de Wmo gaat over het bestrijden en voorkomen van verslaving. Preventief verslavingsbeleid binnen het domein van de volksgezondheid sluit hierop aan.

Andersom draagt het Wmo-beleid bij aan het bevorderen van de volksgezondheid. Door mensen te ondersteunen om mee te kunnen doen in de samenleving wordt het welbevinden bevorderd. Zo wordt bijvoorbeeld eenzaamheid bestreden. Ook kunnen mensen met behulp van hulpmiddelen hun eigen gezondheid bevorderen.

Jeugdbeleid

Het jeugdbeleid is erop gericht dat jongeren van 0 tot en met 23 zo veilig mogelijk opgroeien tot gezonde en gelukkige volwassenen, die volwaardig meedoen in de samenleving. Het gezondheidsbeleid is voor een groot deel op jongeren gericht, aangezien daar structureel de meeste winst is te behalen. Daarnaast zijn instellingen binnen het jeugdbeleid en de jeugdgezondheidszorg, zoals de GGD, Thebe, maatschappelijk werk en De Vleet, en scholen essentiële uitvoeringspartners in het gezondheidsbeleid.

Sportbeleid

De doelstelling van het sportbeleid is dat alle inwoners van de gemeente, ongeacht hun leeftijd of fysieke gesteldheid, op een verantwoorde, sociale en laagdrempelige wijze, aan enige vorm van bewegen en sportbeoefening kunnen doen. De raakvlakken liggen met name bij het voorkomen en bestrijden van overgewicht. Bewegen en sporten hebben echter ook een positieve invloed op de mentale gezondheid van mensen, bijvoorbeeld doordat mensen weerbaarder worden en gezamenlijke activiteiten bijdragen aan de eenzaamheidsbestrijding.

Veiligheidsbeleid

Een van de speerpunten in het veiligheidsbeleid is 'zorg voor jeugd', waarin de doelstelling is het aandacht blijven geven aan en het onder de aandacht brengen van het (overmatige) gebruik van alcohol en drugs onder de jeugd. Preventief beleid bij alcohol en drugs is eveneens een van de speerpunten in het gezondheidsbeleid.

Decentralisaties

In de komende jaren worden gemeenten verantwoordelijk voor uitvoering van de jeugdzorg, Participatiewet en begeleiding en verzorging uit de AWBZ. Het kabinetsbeleid is daarbij gericht op 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Bij het thema gezinsproblematiek komt deze aanpak terug. Daarnaast kan door preventief gezondheidsbeleid een beroep op voorzieningen en/of ondersteuning in het kader van de nieuwe taken beperkt worden. Met het oog op de geraamde bezuinigingen op de uitvoering van de taken, zijn effectieve preventieve interventies zeer belangrijk. Deze zijn goedkoper en werken langer door dan het bieden van ondersteuning als beperkingen of problemen zich al manifesteren.

Andere beleidsvelden

Integraal gezondheidsbeleid houdt ook in dat er naast het sociale domein, ook in de fysieke omgeving rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten. De inrichting van de fysieke omgeving kan bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid, bijvoorbeeld doordat het beweging meer stimuleert, of het leefmilieu minder belast (bijvoorbeeld geluidsoverlast, luchtverontreiniging). Ook dragen gemeentelijke voorzieningen als riolering en de destructie van kadavers bij aan de volksgezondheid. Aangezien deze gericht zijn op de bescherming van de volksgezondheid en niet op bevordering ervan, worden deze niet verder uitgewerkt.

4 Proces totstandkoming nota

In dit hoofdstuk wordt aangegeven op welke wijze de nota tot stand is gekomen. Omdat hiervoor een vernieuwende manier is gebruikt, wordt er uitgebreid bij stil gestaan. De onderwerpen die van invloed zijn geweest op het proces en de keuze van de inhoudelijke gezondheidsthema's worden hieronder uitgewerkt. Deze zijn achtereenvolgens de nota gezondheidsbeleid 2008-2012, gezondheidsgegevens van de GGD, behandeling in de opiniërende raadsvergaderingen van de drie gemeenten en het participatietraject. Het participatietraject is op een vernieuwende interactieve manier uitgevoerd, waarmee onze gemeenten nog geen ervaring hadden. Het is daardoor gelijk een leerproces geweest, dat we kunnen toepassen op toekomstige trajecten.

4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012

In de nota gezondheidsbeleid 2008 – 2012 stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit. In Woudrichem waren daarnaast nog een drietal lokale speerpunten: gezondheidscentra, ouderenadviseurs en AED's. Het actieprogramma voor de gezamenlijke speerpunten bestonden hoofdzakelijk uit twee pijlers: het vergroten van de bewustwording door voorlichting en activiteiten op scholen en welzijnsinstellingen, en het vroegtijdig signaleren en aanpakken van problemen, door de weerbaarheid en sociale vaardigheden van de jongeren te versterken middels trainingen en cursussen.

De uitvoering van de nota is lokaal in de afzonderlijke gemeenten georganiseerd. Hierdoor zijn er in de uitvoering verschillen ontstaan en zijn verschillende accenten gelegd. Dit is niet altijd effectief en efficiënt gebleken en is niet helder voor de organisaties en inwoners. Aangezien onze gemeenten in de toekomst nog meer zullen samenwerken en een gezamenlijke uitvoering effectiever is, willen we deze nota gezamenlijk uitvoeren, waarbij iedere gemeente een aantal speerpunten voor zijn rekening neemt.

Omdat de uitvoering lokaal is gedaan, en de gemeente Woudrichem lokale speerpunten heeft vastgesteld, zijn uitgebreidere lokale evaluaties opgesteld. Deze zijn in de bijlage bij deze nota opgenomen.

De speerpunten uit de nota 2008 – 2012 zijn nog steeds actueel. Ook in de landelijke nota gezondheidsbeleid worden deze als speerpunten aangemerkt. Daarom zijn deze in de startnotitie die in het najaar van de 2012 in de gemeenteraden is besproken, als thema's meegenomen.

4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)

De GGD onderzoekt jaarlijks de gezondheidssituatie van een bepaalde doelgroep in de gemeenten. Iedere doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen) wordt zo 1x per vier jaar onderzocht. Deze onderzoeken leveren waardevolle informatie over de gezondheidstoestand van de gemeenten en bieden inzicht in ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Doordat alle gemeenten gelijktijdig worden onderzocht, kunnen lokale gegevens afgezet worden tegen regionale gegevens of gegevens van andere gemeenten. Dit geeft een uitstekend referentiekader, waarop de keuzes voor het beleid gebaseerd kunnen worden.

Daarnaast kunnen de monitors gebruikt worden om een indicatie te geven van de effecten van het uitgevoerde beleid. Hierbij moet echter een grote slag om de arm worden gehouden, aangezien veel externe factoren van invloed zijn op de ontwikkelingen. Deze liggen meestal buiten de invloedssfeer van de gemeenten.

Op basis van de GGD-gegevens is geconcludeerd dat voortzetting van de bestaande speerpunten wenselijk is. In de bijlage bij deze nota is een overzicht gegeven van de belangrijkste cijfers.

4.3 Behandeling drie gemeenteraden

In het najaar van 2012 is in de drie afzonderlijke gemeenteraden opiniërend gesproken over de startnotitie voor deze nota. Bij de behandeling in Woudrichem is aangegeven dat roken als speerpunt toegevoegd zou moeten worden. In Werkendam is naast roken ook gehoorbeschadiging als extra thema aangemerkt. In Aalburg tenslotte is geconcludeerd dat depressie en eenzaamheid weliswaar veel raakvlakken hebben, maar dat ze wel gescheiden moeten worden. Depressie is een ziekte/aandoening, eenzaamheid is een sociale omstandigheid. Voor beide is dan ook een andere aanpak nodig.

Op aanraden van de GGD zijn de thema's gezinsproblematiek en schoolverzuim nog toegevoegd. Daarnaast zijn alcohol en drugs als afzonderlijke thema's benoemd, gezien de verschillende aanpak bij beiden. Voor alcoholpreventie loopt bijvoorbeeld het regionale project Think Before You Drink. Voor drugs is er geen regionaal programma. Daarnaast is alcohol vanaf 18 jaar in principe legaal, terwijl drugs dat niet zijn.

4.4 Burgerparticipatie

Kern van het proces is geweest de nota zo interactief mogelijk met inwoners in instellingen op te stellen. Inwoners kregen daarbij een heel belangrijke rol bij het bepalen van de gezondheidsthema's voor de komende jaren. De doelstelling van het participatietraject is de betrokkenheid van inwoners bij en het draagvlak onder inwoners voor het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's, als voor de doelen en uitvoering van het beleid. Binnen de formule Effectiviteit = Kwaliteit x Acceptatie ($E=K \times A$) wordt met name de Acceptatie vergroot.

Hieronder wordt het verloop van de interactieve avonden geschetst. Vervolgens wordt aangegeven op welke wijze de social media hiervoor ingezet zijn.

4.4.1 *Eerste burgerpanel - (prioriteren thema's*

Het eerste burgerpanel (op 3 december 2012) is gestart met de gezondheidsthema's op basis van de bestaande nota, de behandeling in de gemeenteraden, en advies van de GGD. Tijdens de eerste interactieve avond is door een inwoner het onderwerp maatschappelijke opvang als thema naar voren gebracht. Tijdens het eerste burgerpanel waren ongeveer 50 inwoners aanwezig.

De thema's zijn door ambassadeurs via wervende presentaties 'gepromoot' bij het burgerpanel. De ambassadeurs zijn afkomstig van organisaties waar het betreffende thema tot haar kerntaak behoort, en waar veel kennis aanwezig is. Dit betreft de GGD (alcohol en overgewicht), Tremas (gezinsproblematiek), De Vleet (eenzaamheid), Rivas (roken), Altena College (schoolverzuim), Novadic Kentron (drugs), Indigo/GGZ Breburg (depressie), Thebe (overgewicht), de Hoop (internetverslaving) en een Gehoorconsulent (gehoorbeschadiging). De inwoner die maatschappelijke opvang heeft geagendeerd, heeft deze zelf gepresenteerd. Vervolgens hebben de inwoners middels het toewijzen van fictieve budgetten de thema's geprioriteerd. Dit heeft geresulteerd in de hieronder staande rangorde:

Thema	Bedrag
Alcohol	€ 2550
Eenzaamheid	€ 2300
Overgewicht	€ 2250
Gezinsproblematiek	€ 2100
Roken	€ 1700
Drugs	€ 1600
Schoolverzuim	€ 1050
Depressie	€ 950
Maatschappelijke opvang	€ 900
Internetverslaving	€ 700
Gehoorschadiging	€ 500

Op basis van deze uitslag is voor het tweede burgerpanel besloten door te gaan met de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht. Deze thema's krijgen in eerste instantie dan ook de meeste aandacht bij de uitvoering van het beleid. Hierbij is wel duidelijk aangegeven dat aan de andere thema's wel uitvoering gegeven wordt, maar dat dat pas op een later moment en minder intensief (vanuit gezondheidsbeleid) zal gebeuren. Vanuit andere beleidsterreinen kan hierop nog wel steeds ingezet worden.

4.4.2 *Tweede burgerpanel -Van doelen naar acties*

Het tweede burgerpanel is gebruikt om de doelen van het beleid op de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht te benoemen en bij deze doelen acties te bedenken. Hierbij waren ca 80 inwoners aanwezig, waarbij veel aanwezigen op het eerste burgerpanel ook nu weer aanwezig waren. De inhoudelijke begeleiding is door de ambassadeurs, gemeenten en andere deskundigen gedaan.

Uit ervaringen van een andere gemeente (Laarbeek) is gebleken dat het voor inwoners heel moeilijk is doelen te formuleren. Daarom is ervoor gekozen vooraf doelen te formuleren en deze voor te leggen aan de inwoners. Deze konden zich vinden in de gestelde doelen. De geformuleerde doelen komen in hoofdstuk 5 terug.

Door middel van brainstormtechnieken zijn vervolgens door de inwoners gezamenlijk plannen bedacht waarmee de doelen bereikt kunnen worden. Hieruit zijn diverse acties naar voren gekomen die de inwoners geschikt achten voor uitvoering. Ambtelijk zijn de voorgestelde plannen beoordeeld op haarbaarheid. Dit heeft geleid tot 8 plannen die verder uitgewerkt konden worden. Een aantal andere acties zijn als onhaalbaar bestempeld omdat ze te complex waren, of niet vanuit het oogpunt van gezondheidbevordering bedacht waren. Andere plannen konden samengevoegd worden, of bestonden al.



4.4.3 *Derde burgerpanel (uitwerken acties en voteren budget)*

Het doel van het derde burgerpanel, waar weer ca. 80 personen aanwezig waren, was de 8 geselecteerde plannen verder uit te werken, en door een jury en inwoners hiervoor budgetten toe te laten kennen.

Het uitwerken van de 8 plannen is gedaan onder begeleiding van de ambassadeurs en andere deskundigen. Vervolgens zijn deze gepresenteerd aan de jury, bestaande uit drie portefeuillehouders en drie inwoners. De beoordeling heeft plaats gevonden op basis van de criteria: creativiteit, competitie-element, bereik, inwonerbetrokkenheid, realistisch budget en zichtbaarheid in de

gemeenten. De jury heeft punten toegekend, waarna de inwoners via een stemming de top 3 hebben bepaald, op basis waarvan de projecten in aanmerking komen voor een bepaald uitvoeringsbudget.

Dit heeft erin geresulteerd dat de volgende plannen als eerste uitgevoerd zullen worden, samen met de inwoners en betrokken organisaties, met inzet van het toegekende budget:

1. Preventieprogramma alcohol € 5.000,-
2. Ga wandelen (eenzaamheid) € 3.000,-
3. Bewegen met bekenden (overgewicht) € 2.000,-



De budgetten zijn beschikbaar gesteld vanuit de middelen voor gezondheidsbeleid.

De overige projecten zullen waar mogelijk ook uitgevoerd worden, de eerste focus zal echter liggen bij bovenstaande projecten.

4.4.4 Inzet social media

Onder de noemer Gezond Altena is bij het participatietraject ook gebruik gemaakt van social media: Facebook en Twitter. Hierop zijn berichten geplaatst en zijn de bijeenkomsten aangekondigd. Het blijkt lastig te zijn een publiek op Facebook op te bouwen; en op deze manier meer inwoners te bereiken. Veel inwoners participeren liever in bijeenkomsten. Het aankondigen van de bijeenkomsten op Twitter heeft naar onze indruk wel de nodige aandacht gegenereerd. Dit is echter niet gemeten.

Ter voorbereiding van het participatietraject is gesproken met jongeren uit onze gemeenten. Tijdens dit gesprek bleek dat het niet haalbaar was bij het opstellen van de nota een geschikte benadering van de jongeren via social media op te zetten. Dit zit in de specifieke benaderingswijze van jongeren die nodig is. Wel willen we de komende periode jongeren betrekken bij het gezondheidsbeleid. Om een geschikte methode te ontwikkelen is van Zon MW een subsidie van € 15.000,- ontvangen. Deze wordt via de GGD en de academische werkplaats van de universiteit Tilburg ingezet. Het onderzoek richt zich specifiek op ons gebied en zal door middel van focusgroepen plaatsvinden. De resultaten worden half mei verwacht.

Overigens zijn bij de burgerpanels ook jongeren aanwezig geweest, zodat deze doelgroep in deze fase wel inbreng heeft gehad.



Facebook: [Gezond Altena](#)

Twitter: [@gezondaltena](#)

LinkedIn: [Gezond Altena](#)

4.5 Inventarisatie organisaties

Relevante organisaties als maatschappelijk werk, scholen, GGD, enz. zijn in de gelegenheid gesteld schriftelijk prioriteiten aan te geven en hun wensen en behoefte aan te geven. Ook is gevraagd wat zij zelf kunnen bijdragen op de verschillende thema's.

Opvallend is dat gezinsproblematiek door de organisaties als het belangrijkste thema is aangeduid. De thema's overgewicht en alcohol zijn daarnaast de belangrijkste thema's voor organisaties. Eenzaamheid komt minder prominent naar voren; dit wordt meer als sociaal probleem ervaren. Omdat in het kader van de burgerparticipatie de mening van inwoners leidend is, is eenzaamheid toch als thema gehandhaafd in het verdere traject. In de uitvoering van het beleid krijgt gezinsproblematiek, naast de drie andere thema's een prominente plaats. Dit heeft veel raakvlakken met het Centrum voor Jeugd en Gezin en de komende decentralisaties.

De rode draad in de inventarisatie onder organisaties is de nadruk op voorlichting, preventie en vroegsignalering. De organisaties benadrukken het belang van het betrekken van de ouders hierbij. Daarnaast wordt ook veelvuldig aangegeven dat organisaties (en inwoners) samen moeten werken om de doelen te bereiken en een integrale aanpak moeten nastreven. Deze elementen worden meegenomen in het uitvoeringsprogramma.

De meeste organisaties hebben aangegeven een bijdrage te willen en kunnen leveren op het gezondheidsbeleid. Op basis van hun opgave, zullen ze bij de uitvoering van het beleid betrokken worden.

4.6 Conclusie

Het participatieproces heeft een zinvolle bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de nota en het uitvoeringsprogramma. Het draagvlak is vergroot en er zijn vanuit de inwoners creatieve projecten bedacht. Het momentum dat hierbij is ontstaan biedt kansen voor een participatieve uitvoering van de nota. Deze willen we dan ook zeker vasthouden.

De inzet van social media zal hiervoor verder uitgebouwd worden, met behulp van een onderbouwde methode. Hiermee worden vooral jongeren nauwer betrokken bij het gezondheidsbeleid in onze gemeenten.

5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016

Op basis van het hiervoor beschreven proces zijn de thema's voor het gezondheidsbeleid in de komende jaren bepaald. Deze worden in dit hoofdstuk uitwerkt, waarbij steeds de bestaande situatie wordt beschreven, de doelen van het beleid en de activiteiten die we daarvoor uitvoeren. De thema's worden op volgorde van prioriteren door het burgerpanel behandeld.

5.1 Alcohol

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

5.1.1 *Omschrijving lokale situatie*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat 2 tot 5 % van de kinderen jonger dan 12 jaar wel eens alcohol heeft gedronken. Een kwart van de jongeren van 12 t/m 18 jaar is een bingedrinker (5 glazen of meer per gelegenheid) wat lager is dan gemiddeld in West-Brabant. 10 tot 16 % van de jongeren geeft aan afgelopen maand dronken te zijn geweest.

Bijna alle ouders in het Land van Heusden & Altena vinden dat jongeren pas vanaf 18 jaar alcohol mogen drinken. Dit is hoger dan gemiddeld in West-Brabant. In onze gemeenten wordt minder alcohol gedronken door de volwassenen en ouderen bevolking dan gemiddeld in West-Brabant maar gemiddeld voldoet nog steeds 1 op de 3 tot 4 volwassenen niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik.

5.1.2 *Wat willen we bereiken?*

De doelen op het thema alcohol zijn:

1. Alcoholgebruik onder de 18 jaar voorkomen.
2. Hoe voorkomen we dat jongeren 'los' gaan zodra ze 18 jaar zijn geworden (en dus alcohol mogen drinken)
3. Hoe zorg je ervoor dat er geen alcohol meer verkocht wordt aan jongeren?

5.1.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende interactieve bijeenkomsten van het burgerpanel eind 2012 en begin 2013 zijn er verschillende projectideeën door burgers en professionals gezamenlijk uitgewerkt. Het projectidee 'voorlichting / preventie alcohol' met als doel het alcoholgebruik onder de 16 jaar terug te dringen kreeg tijdens de laatste burgerpanel de meeste stemmen van de jury, burgers en professionals. Er is aan dit project een bedrag van € 5000.- toegekend.

De bedoeling van het projectidee is om visueel aan jongeren de schadelijke gevolgen van drankgebruik duidelijk te maken. Verder wordt er gezocht naar rolmodellen in de gemeenten die de boodschap om alcohol te beperken op een positieve manier uitdragen, hierbij kan gedacht worden aan bekende sporters. Naast dit winnende idee zijn er meer ideeën aangedragen waar we in een later stadium mee aan de slag gaan.

Projectideeën die naar voren kwamen tijdens het burgerpanel zijn:

- Registratiekaart (chipkaart) alcoholgebruik
- Social marketing

- Alcohollokkers zoals breezers uit de supermarkten
- Scherpere controle en sancties
- Verandering van denken bij ouders
- Alcohol anders
- Doorgaande lijn van voorlichting van -9 mnd tot 23 jaar.

Samen met jeugd, ouders, scholen, kerken, sportverenigingen, Centra voor Jeugd en Gezin, GGD, Novadic-Kentron, De Hoop, bedrijfsleven etc. gaan we aan de slag om het project verder vorm te geven. Via de scholen worden informatieavonden opgezet waarin ouders en jeugd een belangrijke rol vervullen. De burgers gaan samen met de professionals aan de slag om de schadelijke gevolgen op een duidelijke aansprekende manier onder de aandacht te brengen.

Naast de projectideeën is er ook het regionale alcoholmatigingsprogramma 'Think before you drink'

Think before you drink

Sinds 2009 werken de 18 gemeenten in West Brabant, Novadic-Kentron en projectleider GGD West Brabant samen met vele andere (regionale) partijen en organisaties aan de volgende twee hoofddoelstellingen.

1. Géén alcoholgebruik door jongeren onder de 18 jaar
2. Géén overmatig alcoholgebruik door jongeren vanaf 18 jaar



Deze hoofddoelstellingen sluiten perfect aan bij de uitkomsten van het burgerpanel.

Jongeren en alcohol

Bij alle 18 gemeenten (waaronder de gemeenten Aalburg, Woudrichem en Werkendam) is alcoholpreventie onder jongeren een speerpunt in de nota gezondheidsbeleid en is het een aandachtspunt bij de aanpak van integrale veiligheid. Het thema jongeren en alcohol heeft ook raakvlakken met jeugdbeleid, sportbeleid, opvoedingsondersteuning, verslavingspreventie en horecabeleid. Gezamenlijk optrekken bij de integrale aanpak van alcoholgebruik onder jongeren is dus essentieel.

Projectleiding

De 18 gemeenten in de regio West Brabant hebben de GGD West Brabant opdracht gegeven om samen met partners uit het veld de problemen rondom alcoholgebruik onder jongeren aan te pakken. De GGD West Brabant vervult de rol van projectleider van 'Think before you drink'.

Stuurgroep

Het project 'Think before you drink' wordt aangestuurd door een regionale Stuurgroep, zij is verantwoordelijk voor het uitzetten van de grote lijnen van het project en voor de bewaking van de financiën. Deze Stuurgroep bestaat uit portefeuillehouders volksgezondheid uit de regio, een manager van de GGD West Brabant, een adviseur van Novadic-Kentron en de projectleider van de GGD West Brabant. De voorzitter van de Stuurgroep is de portefeuillehouder van de gemeente Drimmelen. De Stuurgroep rapporteert regelmatig over de voortgang van het project in het portefeuillehouderoverleg volksgezondheid in de regio West Brabant. Verder wordt er één keer per kwartaal een nieuwsbrief uitgebracht met daarin de belangrijkste activiteiten.

Nieuwe Drank-en Horecawet

Op 1 januari 2013 is de nieuwe Drank- en Horecawet ingegaan. In de nieuwe wet zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze alcohol in bezit hebben, zowel in de kroeg als op de openbare weg. Verkopers van alcohol die in 12 maanden tijd 3 keer worden betrapt op verboden verkoop, verliezen (tijdelijk) hun vergunning. De handhaving van de wet gaat over naar de gemeenten en kan

daarmee gericht worden ingezet. De gemeenten hebben ieder een kwartiermaker aangewezen die de invoering van de nieuwe wet zal coördineren.

Wat gaat er veranderen?

- In het kader van het streven naar reductie van de administratieve lasten wordt het vergunningsstelsel zodanig aangepast dat er minder frequent een nieuwe vergunning aangevraagd hoeft te worden;
- De burgemeester wordt, ter vervanging van het college van burgemeester en wethouders, in medebewind belast met de uitvoering van de Drank- en Horecawet;
- De gemeenteraad moet een verordening opstellen, waarbij zowel aspecten van oneerlijke mededinging als de bescherming van de jeugd moeten worden meegewogen;
- Gemeenten krijgen meer mogelijkheden om op lokaal niveau beter invulling te geven aan het alcoholbeleid, met name om overmatig alcoholgebruik onder jongeren tegen te gaan;
- Er zijn sancties opgenomen voor niet-vergunningsplichtige detailhandelaren die voor de derde keer in één jaar zwakalcoholische dranken verkopen aan jongeren onder de zestien jaar;
- Jongeren onder de zestien jaar die alcoholhoudende drank aanwezig hebben of voor consumptie gereed hebben op voor het publiek toegankelijke plaatsen (openbare weg en horecabedrijven) worden strafbaar gesteld;
- Het toezicht op de Drank- en Horecawet wordt gedecentraliseerd van het rijk naar de gemeenten.

Verhoging leeftijdsgrens alcohol

De verhoging van de leeftijd waarop alcohol mag worden verkocht gaat van 16 naar 18 jaar. Een grote meerderheid van de Tweede Kamer staat achter het initiatiefwetsvoorstel dat onlangs is behandeld. Mogelijk wordt het nog dit jaar verboden om alcoholhoudende drank te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. De nieuwe wet maakt ook het bezit van alcohol op straat en in de horeca strafbaar voor 18-minners. We houden de ontwikkelingen hieromtrent in de gaten en zullen uiteraard inspelen op veranderingen.

5.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor psychische ongezondheid. Om eenzaamheid te voorkomen, is een sociaal netwerk voor (kwetsbare) mensen van groot belang. Een netwerk van vrienden en familie betekent dat het makkelijker wordt iemand iets te vragen. Hoe groter het sociale netwerk, des te groter de hoeveelheid verkregen steun, de tevredenheid hiermee en de mate van steun die mensen verwachten te krijgen als het nodig is. Sociale steun heeft ook preventieve gevolgen voor de gezondheid. Zo beschermt sociale steun tegen het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Bij het burgerpanel scoorde het thema eenzaamheid hoog op de prioriteitenlijst. Het panel van deskundigen dacht daar anders over. Een verklaring hiervoor is dat eenzaamheid als sociaal probleem wordt gezien en niet als gezondheidsprobleem. Mogelijk dat de lagere score ook komt doordat vanuit scholen veel reacties zijn gekomen bij het panel van deskundigen. Een aantal knelpunten sprong tijdens het burgerpanel eruit:

“Problemen worden in het gewone dagelijkse leven vaak onnodig ‘laat’ of helemaal niet gesignaleerd, doordat partijen onvoldoende met elkaar communiceren.”

“Mensen moeten meer gewezen worden op hun eigen verantwoordelijkheid en meer gestimuleerd worden om eigen verantwoordelijkheid te nemen.”

5.2.1 Omschrijving lokale situatie

Eenzaamheid komt bij alle leeftijdsgroepen voor maar neemt toe naarmate men ouder wordt. Een op de drie volwassenen geeft aan eenzaam te zijn, bij ouderen is dit een op de twee. Ernstig eenzaamheid komt minder voor, dit is 4 – 7 % bij volwassenen en 6 – 9 % bij ouderen in onze gemeenten.

5.2.2 *Wat willen we bereiken?*

De hoofddoelstellingen waar we ons de komende jaren dan ook op willen richten zijn:

1. Burgers bewust laten worden van het bestaan van eenzaamheid en hen inzicht geven in hun mogelijke rol gericht op het bevorderen van participatie
2. Investeren in de sociale samenhang en vaardigheden van inwoners om een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden
3. Stimuleren van verbindingen tussen inwoners en organisaties om eenzaamheidssituaties vroegtijdig te signaleren en op te lossen

5.2.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende burgerpanels zijn door inwoners een aantal projecten aangedragen en uitgewerkt. Deze projecten zijn gericht op de bovenstaande drie doelstellingen.

Mensen die eenzaam zijn vinden het vaak moeilijk om hiermee naar voren te komen. Goede voorlichting en informatie over dit onderwerp zijn dan ook essentieel om inwoners bewust te maken van het bestaan van eenzaamheid. Een activiteit gericht op bewustwording van eenzaamheid van inwoners is het project 'Ga wandelen'. Sport en bewegen dragen bij aan zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid. Naast het mobiliseren van mensen om te bewegen leent een wandeltocht door het LvhA zich ook voor het leggen van contacten en het opbouwen van een netwerk.

Bewustwording dat eenzaamheid bestaat is noodzakelijk voor de aanpak van eenzaamheid. Een volgende stap om eenzaamheid aan te pakken en meer deel te nemen aan de samenleving is het deelnemen aan bepaalde activiteiten. Net als bewegen is ook eten belangrijk om fit te blijven. De meeste volwassenen en ouderen wonen zelfstandig en eten thuis. Ziekte of eenzaamheid kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder of minder goed eten. Hierdoor vergroot het risico op ondervoeding. Lokale initiatieven kunnen bijdragen aan beter sociaal en fysiek welbevinden. Hier wordt verder uitwerking aan gegeven door het project 'Gezamenlijk eten'. Hier worden er voor en door inwoners (vrijwilligers) diners georganiseerd bij de mensen thuis, waarmee wordt getracht mensen uit hun isolement te trekken en contacten te leggen. Daarnaast wordt via het project 'Digitale opmars niet meer te stuiten' geïnvesteerd in de sociale vaardigheden van inwoners om een netwerk op te bouwen, door middel van het geven van computerlessen voor en door ouderen.



Het is belangrijk dat bij ontwikkeling van beleid en bij de aanpak van eenzaamheid samenwerking met relevante organisaties en vertegenwoordigers van doelgroepen is. Aandacht en luisteren naar de ander staat hierin centraal. Tijdens de burgerpanels is hier invulling aan gegeven door het project 'Vertel eens'. In dit project schrijven mensen gedichten over hun levensloop aangespoord door vrijwilligers. Aandacht en contact kan iemand uit zijn isolement halen en maakt anderen bewust van het bestaan van eenzaamheid.

Naast bovenstaande projecten zijn er ook bestaande lokale initiatieven. Zo worden in Werkendam en Woudrichem activerende huisbezoeken afgelegd bij 80- plussers. Tijdens de huisbezoeken wordt aan ouderen informatie gegeven over voorzieningen en activiteiten. Vooral op het vlak van woning, vervoer, huishoudelijke verzorging en thuiszorg blijkt een grote behoefte aan hulp te zijn. Op het gebied van aanbod van activiteiten liggen er voor de gemeente dus zeker mogelijkheden. Hierbij kan gedacht worden aan de seniorenwijzer, het loket Altena, de inlooppunten en de mantelzorgwijzer. Deze initiatieven richten zich op de ouderengezondheidszorg. Het blijkt dat deze mogelijkheden bij een groot deel van de ondervraagden (50-75%) niet bekend is.

Daarnaast hebben gemeente Werkendam en Woudrichem twee conferenties over eenzaamheid georganiseerd om samen met het maatschappelijke middenveld na te denken over samenwerking voor de aanpak van eenzaamheid. De conferenties bestonden uit drie thema's: zinvol leven, prettig wonen en het kan iedereen overkomen. Vanuit deze drie thema's zijn een aantal actiepunten voortkomen die komende jaar worden opgepakt. Zo wordt een jeugd actieplan ontwikkeld om jongeren bewust te maken van eenzaamheid onder het motto 'jong geleerd is oud gedaan'. Daarnaast wordt er een systeem opgezet waarbij mensen in een bepaalde buurt kunnen aangeven welke vragen/behoefte zijn hebben en kunnen aangeven waar ze goed in zijn. Zo kan vraag en aanbod in een bepaalde buurt bij elkaar worden gebracht en de sociale cohesie in een buurt worden vergroot. Dit sluit eveneens aan op het laatste actiepunt om een sleutelfiguur in een wijk aan te stellen die de verbinding vormt tussen organisaties en de buurt en middels een sociale kaart vraag en aanbod met elkaar verbindt.

In Aalburg is er onder andere een activiteitenkalender ontwikkeld voor ouderen om mensen samen activiteiten te laten doen. Verder wordt er vanuit de WMO indicatieadviseurs de nodige aandacht geschonken aan de eenzaamheid onder ouderen.

5.3 Overgewicht

Overgewicht vormt een groeiend probleem. Wereldwijd neemt het aantal mensen met (ernstig) overgewicht drastisch toe. Ook in Nederland stijgt het aantal personen; circa 55% van de mannen en 45% van de vrouwen heeft overgewicht. Jaarlijks veroorzaakt overgewicht circa 40.000 nieuwe ziektegevallen van ouderdomsdiabetes (type II), hart- en vaatziekten en kanker. Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor 7% van de sterftegevallen. Overgewicht tast ook de kwaliteit van het leven aan, door sociaal-emotionele problemen, verminderde mogelijkheden om te participeren en belemmeringen bij het bewegen.

5.3.1 *Omschrijving huidige situatie?*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat ook in onze gemeenten overgewicht een probleem is. Gemiddeld een op de tien kinderen van 2 t/m 11 jaar heeft overgewicht. De problematiek neemt toe naarmate men ouder wordt. Bij jongeren van 12 t/m 18 jaar heeft een op de acht overgewicht, bij volwassenen een op de twee, en twee van de drie ouderen zijn te zwaar.

Beweging en voeding zijn belangrijk in de aanpak van overgewicht. Per doelgroep is er een Nederlandse norm vastgesteld voor bewegen. 95% van de kinderen t/m 12 jaar voldoet aan deze norm. Slechts een op de zeven jongeren van 12 t/m 18 jaar haalt de norm van elke dag 1 uur bewegen. Bij volwassenen en ouderen haalt 40 % de norm niet. Iets meer dan de helft van de kinderen jongeren zijn lid van een sportvereniging. Dit percentage is wat lager dan gemiddeld in West-brabant.

Het aantal kinderen en jongeren dat dagelijks groente en fruit eet is lager dan gemiddeld in West-Brabant. Dit betreft 40% van de kinderen van 2 t/m 12 jaar en 90 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar. 90% van de volwassenen en 80 % van de ouderen eten niet voldoende groente en fruit.

5.3.2 *Wat willen we bereiken?*

Voor de aanpak van overgewicht zijn de volgende doelen geformuleerd:

1. De gezonde keuze de gemakkelijkste keuze maken;
2. De consumptie van groente en fruit door de jeugd bevorderen;
3. Het aantal kinderen met overgewicht verminderen door adequate signalering en behandeling;

5.3.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Bij het burgerpanel zijn twee projecten bedacht voor de aanpak van overgewicht. Aan het project "bewegen met bekenden" is een budget toegekend van € 2.000,-. Het andere project is "Eten met aandacht". Deze projecten worden in 2013 (en de komende jaren) samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en uitgevoerd.

“Bewegen met bekenden” heeft tot doel het meer laten bewegen van jong en oud, vanuit een beweeg/sportcentrum (bijvoorbeeld de Almkreek in Almkerk). Activiteiten kunnen zijn veilig wandelen, hardlopen, mountainbiken, hindernisbaan etc. op en om golfterrein. Hieraan kunnen educatieve activiteiten op scholen, of bij ouderenbonden gekoppeld worden. BN'ers zijn slagroom op de taart en fungeren als trekpleister, aanjager en aanwezigheid bij prikkelende acties.

“Eten met aandacht” heeft tot doel bewuster gezond en gezellig met het gezin met aandacht te eten. Het gaat hierbij om het inkopen, klaarmaken en opdienen van het eten. Daarnaast kan een restaurantweek georganiseerd worden: een laagdrempelig bezoek van een restaurant met gezonde voeding voor kinderen. Er wordt gebruik gemaakt van lokale seizoensproducten. Het menu moet ook thuis gemaakt kunnen worden. In het plan zou dit een jaarlijks terugkerend evenement kunnen worden, bijvoorbeeld tijdens de Week van de Smaak en de Voeding van het Voedingscentrum. Tenslotte zouden de recepten kunnen worden gebundeld in een gezond “Land van Heusden en Altena” kookboek.

Naast deze projecten zijn er in de afzonderlijke gemeenten al lopende projecten en activiteiten gericht op voeding en beweging. Deze worden voortgezet. Een voorbeeld hiervan is Lekker Fit, een lesprogramma van de GGD, dat op diverse scholen wordt uitgevoerd. In Woudrichem is dit programma in samenwerking met Hak uitgebouwd tot Expeditie Lekker Fit, een driejarig programma, waarin ook kooklessen, supermarktbezoek en de Gezonde Quiz zijn meegenomen.



In alle gemeenten zijn buurtsportcoaches actief. Deze zorgen voor een breed en gevarieerd aanbod voor sport en bewegen en stimuleren deelname daaraan. Hierbij wordt nauw samengewerkt met basisscholen, buitenschoolse opvang en sportverenigingen. Daarnaast is er een sportcoach aangepast sporten aangesteld, die sportorganisaties en mensen met een beperking ondersteunt bij aangepast sporten. Deze is aangesteld naar aanleiding van het onderzoek sport en gehandicapten dat in de drie gemeenten is uitgevoerd. Tenslotte wordt het bestaande beweegaanbod voor ouderen gehandhaafd en waar mogelijk uitgebreid. Dit gebeurt in samenwerking met welzijnsorganisaties.

5.4 Overige thema's

In de komende periode zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar de thema's die door de inwoners van het Lvha zijn geprioriteerd namelijk Alcohol, overgewicht en eenzaamheid. Hieronder worden de andere thema's uitgewerkt, die op een later moment opgepakt worden.

5.4.1 Gezinsproblematiek

De meeste kinderen (95%) leven in een twee oudergezin. 2% leeft in een samengesteld en 3% in een eenoudergezin. Van de gezinnen heeft 15 % momenteel problemen met één of meer ingrijpende gebeurtenissen. Dit betreft vooral overlijden, echtscheiding of financiële problemen. 5% van de kinderen leeft in een gezin waarbij er door geldgebrek een risico kan ontstaan voor de gezondheid of het welbevinden van het kind.

40 % van de ouders ervaren problemen bij de opvoeding van hun kind. Zij benoemen vooral problemen bij het luisteren, gehoorzamen, het stellen van grenzen en problemen met de ontwikkeling. Een kwart van de ouders geeft aan bovengemiddelde stress te ervaren bij het opvoeden.

In sommige gezinnen is er op meerdere fronten het nodige aan de hand. De ouders hebben individuele problemen, zoals financiële problemen of problemen met de geestelijke of lichamelijke gezondheid. Daarnaast kunnen zich problemen in de onderlinge verhoudingen in een gezin voordoen. Hierdoor zijn

de ouders soms niet meer voldoende in staat hun ouderrol goed in te vullen. Opvoedingsproblemen, verwaarlozing, schoolverzuim en gedragsproblemen bij kinderen kunnen hier een gevolg van zijn. Ook kan een kind bijvoorbeeld gezondheids-, leer-, of gedragsproblemen hebben die van invloed zijn op de verhoudingen binnen een gezin. Het is van belang om (de oorzaak van) de problemen tijdig en integraal aan te pakken, zodat problemen niet onnodig escaleren.

Het thema gezinsproblematiek werd na alcohol, overgewicht en eenzaamheid als hoogste geprioriteerd door de burgers en bij de professionals stond gezinsproblematiek zelfs in de top drie. Het is dus een thema dat erg leeft onder burgers en professionals van de drie gemeenten en wat zeker onze aandacht heeft.

Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

Het CJG is een plek waar ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals terecht kunnen met al hun vragen over opvoeden en opgroeien. Er zijn in de drie gemeenten verschillende fysieke inlooppunten gerealiseerd waar men terecht kan met kleine en grote vragen. Daarnaast hebben de CJG's van de gemeenten een website. Binnen de CJG's vinden er ook casuïstiekoverleggen plaats waar jongeren en gezinnen worden besproken.

Naast de Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeenten Aalburg en Werkendam/Woudrichem zijn er verschillende instrumenten waarmee we proberen de jeugd zo goed mogelijk in beeld te hebben en te houden.

Elektronisch Kinddossier

Het EKD is de elektronische versie van het papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet (meer)voor onderzoek komen. Het gebruik van het EKD is sinds 2010 verplicht.

Zorg voor Jeugd

De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) is tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van Jeugd en gezin. Met de VIR worden risicosignalen van hulpverleners over jongeren, uit heel Nederland, bij elkaar gebracht. Zo kunnen hulpverleners eenvoudig en in een vroegtijdig stadium contact met elkaar opnemen voor betere hulp aan de jongere, ook al is deze verhuisd. De VIR moet ervoor zorgen dat de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen instanties verbetert. Van beroepskrachten (in jeugdgezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, veiligheid, werk en inkomen) wordt verwacht dat zij een melding doen als zij bij een jeugdige problemen vaststellen die een risico vormen voor diens ontwikkeling. De afweging om wel of niet te melden dient bij voorkeur gebaseerd te zijn op kwalitatief goede meldcodes, richtlijnen en protocollen.

Binnen gemeenten zijn duidelijke, sluitende afspraken gemaakt te worden over wie de zorgcoördinatie voert over de hulpverlening. De gemeenten zien erop toe dat er daadwerkelijk actie wordt ondernomen. In onze gemeenten zijn we aangesloten op het signaleringssysteem 'Zorg voor Jeugd' dat per 1 juli 2010 is aangehaakt aan de VIR.

5.4.2 Roken

Een op de zes kinderen van 0 t/m 11 jaar wordt in huis bloot gesteld aan (sigaretten)rook. Bij jongeren is dit een op de vier. Gemiddeld rookt 85 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar niet. Onder de volwassenen daalt het rookgedrag maar rookt nog steeds 20 %. Bij ouderen is dit 15 %.

Door de drie gemeenteraden is roken aangeduid als belangrijk speerpunt in het gezondheidsbeleid. Landelijk worden veel maatregelen getroffen om het roken tegen te gaan, zoals het rookverbod in de horeca en accijnsverhoging. Gemeenten kunnen aanvullend hierop preventieve voorlichting organiseren. Dit zal in overleg met scholen en andere intermediairs opgezet worden, waarbij dit gecombineerd kan worden met andere voorlichtingsactiviteiten voor bijvoorbeeld drugs.

Het beleidsdoel voor dit thema is het voorkomen dat jongeren gaan roken.

5.4.3 *Drugs*

Een op de 12 jongeren heeft wel eens drugs gebruikt. Dit gaat voornamelijk over cannabisgebruik. Nauwkeurige gemeentelijke gegevens over het drugsgebruik zijn niet beschikbaar.

Ook drugsgebruik kan leiden tot gezondheidsschade. Er zijn verschillende soorten soft- en harddrugs te onderscheiden. Denk hierbij aan Cannabis, Hasj, Cocaïne, heroïne, GHB, XTC, paddo's etc. Hoewel alcohol de meest zorgwekkende drugs is, mag het gebruik van deze vormen van drugs niet onderschat worden. De komende jaren zullen ook preventieactiviteiten op dit terrein worden voortgezet op de scholen, sportverenigingen, kerken etc. We werken hierin ondermeer samen met onze partners GGD West Brabant, Novadic-Kentron en stichting De Hoop. Ook vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin kan informatie worden gegeven betreffende drugs.

Het centrale beleidsdoel voor dit thema is enerzijds het voorkomen dat jongeren drugs gaan gebruiken, en anderzijds het inzetten van hulpverlening bij signalen van drugsgebruik. Vanuit het beleidsveld veiligheid wordt ook ingezet op het voorkomen van overlast als gevolg van drugsgebruik.

5.4.4 *Schoolverzuim*

Een leerling die niet op school is tijdens de lessen die hij moet volgen verzuimt van school. Soms heeft hij daarvoor een geldige reden bijvoorbeeld ziekte of afwezigheid met toestemming. Dit heet geoorloofd verzuim. Bij het ontbreken van een geldige reden heet het ongeoorloofd verzuim, ofwel spijbelen. De school bepaalt of er sprake is van een geldige of ongeldige reden voor verzuim.

Risico's schoolverzuim

Verzuim kan leiden tot leerachterstanden, wat vervolgens kan leiden tot uitstroom naar een lager onderwijsniveau of het niet behalen van een startkwalificatie. Ook kan het verzuim invloed hebben op de omgang met klasgenoten en op de zelfstandigheid en het oplossend vermogen van de jongere.

Schoolverzuim is een signaal

Achter schoolverzuim schuilen vaak andere problemen. Bijvoorbeeld een onrustige thuissituatie of leer- en motivatieproblemen. Leerlingen kunnen ook lichamelijke klachten hebben veroorzaakt door stress of leefstijl.

De aanpak van ongeoorloofd verzuim is bij wet geregeld. Voor de aanpak van geoorloofd verzuim is afgesproken dat de school de leerling na vier weken meldt bij de leerplichtambtenaar. In de tussenliggende periode moeten betrokken partijen zelf aan de slag! Bundeling van de krachten van de jongere, zijn ouders/verzorgers en professional versterkt de aanpak. Systematisch aandacht en zorg besteden aan de ziek gemelde jongere en de inzet van ziekteverzuimbegeleiding werkt preventief.

Uit de gezondheidsmonitor van de GGD West-Brabant blijkt dat een op de acht jongeren van 12 t/m 18 jaar de afgelopen vier weken gespijbeld heeft. Dit is meer dan gemiddeld in West-Brabant. Een kwart van deze jongeren heeft de afgelopen 4 weken verzuimd van school. Het gezondheidsdoel bij dit thema is het zoveel mogelijk beperken van schoolverzuim.

5.4.5 *Depressie*

Bijna alle kinderen voelen zich vrolijk. Depressie komt nauwelijks voor. 3% van de jongeren voelt zich somber. Een derde van de volwassenen heeft een (matig tot hoog) risico op het ontwikkelen van een angststoornis of depressie. Bij ouderen heeft de helft een verhoogd risico op depressie.

Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen beschermen tegen depressie. Preventie richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen, waardoor de kans op depressie afneemt.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Het voorkomen van depressies door het inzetten van preventieve programma's en het bestrijden van depressies door het bevorderen van vroegsignalering en het verlagen van de drempel voor de hulpvraag.

5.4.6 *Maatschappelijke opvang*

Maatschappelijke opvang is tijdens het 1^e burgerpanel als thema geagendeerd door een inwoner.

Maatschappelijk opvang is als wettelijke taak opgenomen in de Wmo, waarin de bevoegdheid voor het beleid is neergelegd bij de centrumgemeente Breda. Deze stelt het beleid op, in samenspraak met de regio-gemeenten; dit onder de noemer van het Stedelijk Kompas. Centraal doel hierbij is het voorkomen van dakloosheid, en waar het toch optreedt binnen 24 uur passende opvang te realiseren.

Het bieden van opvang is een verantwoordelijkheid voor alleen de centrumgemeente. Een opvanglocatie kan wel decentraal, met instemming van de betreffende gemeente, gerealiseerd worden. Alle gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk voor de preventie van dakloosheid en de nazorg. Door een convenant met woningcorporaties en het maatschappelijk werk wordt hieraan invulling gegeven. Deze wordt in 2013 geëvalueerd. Daarnaast wordt in vervolg op onderzoek van de drie wmo-adviesraden beoordeeld of aanpassing van het beleid noodzakelijk is. Er zijn namelijk signalen dat er onvoldoende opvangplaatsen beschikbaar zijn, en deze vaak niet bereikbaar zijn.

Maatschappelijk opvang valt primair onder het Wmo-beleid. In deze nota wordt het dan ook niet verder uitgewerkt.

5.4.7 *Internetverslaving*

Internetgebruik begint op jonge leeftijd. Kinderen van 4 t/m 11 jaar zitten gemiddeld ruim 80 minuten per week op internet. Een op de twintig ouders geven aan nooit mee te kijken met het internetgebruik. De helft van de jongeren van 12 t/m 18 jaar bezoekt dagelijks social media sites. Een op de 25 jongeren geeft aan internetverslaafd te zijn. Een op de 12 jongeren gamen dagelijks online en een op de 7 winkelt, surft of zoekt dagelijks informatie. Een op de 20 jongeren is het afgelopen jaar digitaal gepest.

Het gebruik van internet is inmiddels doorgedrongen tot het dagelijks leven van mensen. Uit onderzoek (Van Rooij & Van den Eijnden, 2007) komt naar voren dat bijna alle scholieren in Nederland toegang hebben tot internet. Onderzoek van E-movo laat zien dat 7% van de jongeren een internetverslaving heeft en 30% van de jongeren zit meer dan 15 uur per week privé op internet zit. De internetverslaving heeft betrekking op het bezoek aan diverse sociale media sites en gaming.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Meer inzicht krijgen in cijfers over internetverslaving in het Lvha en onderzoeken welke interventies passend zijn om internetverslaving te bestrijden en voorkomen. Er zijn op dit moment geen lokale gegevens over dit thema bekend.

5.4.8 *Gehoorschadiging*

Jongeren worden in meer of mindere mate blootgesteld aan vrijetijdslawaai. Onder vrijetijdslawaai valt bijvoorbeeld het geluid in discotheken, festivals, concerten en van mp3- spelers. Door blootstelling

aan deze geluiden lopen jongeren een verhoogd risico op permanente gehoorschade. Er zijn landelijke cijfers beschikbaar over gehoorschade door vrijetijdslawaai. Een groot deel van de bevolking loopt risico op gehoorschade en heeft last van het gehoor. Er is een toename van 84% in 2010 naar 90 % in 2012. Dit is een duidelijke stijging. Dat terwijl de helft van de bevolking denkt dat gehoorbescherming niet nodig is. Voor onze gemeenten zijn geen lokale gegevens bekend.

Aandacht voor preventie van gehoorschade is daarom belangrijk, omdat zo getracht wordt gehoorschade te voorkomen of zo veel mogelijk te beperken. De doelstelling kan als volgt geformuleerd worden:

“preventieve maatregelen nemen om gehoorbeschadiging bij jongeren in de leeftijd van 13 tot 21 te voorkomen en zoveel mogelijk te beperken, door aan te sluiten bij landelijke voorlichtingscampagnes”

6 Uitvoering van het beleid

6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma

Zoals eerder geconcludeerd is een vierjarig uitvoeringsprogramma niet flexibel genoeg om in te kunnen spelen op veranderende omstandigheden. Daarom is ervoor gekozen in de nota gezondheidsbeleid in algemene zin aan te geven welke activiteiten uitgevoerd zullen worden, op welke thema's. De algemene doelstellingen per thema zijn ook benoemd in de nota.

Aan de nota worden jaarlijkse uitvoeringsprogramma's gekoppeld, die door de colleges van B&W vastgesteld zullen worden en ter kennisname naar de gemeenteraden worden gestuurd. Het uitvoeringsprogramma is voor een groot deel gebaseerd op de uitkomsten van het participatietraject. Daarnaast zullen ook projecten en activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd worden op initiatief van de gemeenten zelf.

In tegenstelling tot de voorgaande jaren, is het de bedoeling om de uitvoering van de nota waar mogelijk gezamenlijk op te pakken, waarbij iedere gemeente voor een aantal thema's verantwoordelijk is. Dit bevordert de kwaliteit van het beleid. De thema's worden jaarlijks naar evenredigheid verdeeld over de gemeenten. Een belangrijke voorwaarde hierbij is afstemming tussen de gemeenten. Ambtelijk zal dat periodiek gebeuren, bestuurlijk zal jaarlijks het uitvoeringsprogramma en de evaluatie ervan gezamenlijk besproken worden. In bepaalde gevallen zal lokale uitvoering plaats blijven vinden, met name als er veel raakvlakken zijn met ander lokaal beleid.

6.2 Financieel kader

In het algemeen wordt voor alle gemeenten het beschikbare budget voor gezondheidsbeleid als kader gebruikt. Voor de uitvoering van de nota zijn geen extra middelen nodig. Omdat de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid in de komende jaren per onderwerp zal plaatsvinden voor de drie gemeenten gezamenlijk, worden de kosten van deze projecten verdeeld over de gemeenten op basis van het inwoneraantal.

Tijdens het laatste burgerpanel zijn drie projecten benoemd, die in 2013 uitgevoerd zullen worden en waarbij de prioriteit in eerste instantie ligt. De projecten zijn in hoofdstuk 4 beschreven. Ze zijn ook in het uitvoeringsprogramma 2013 opgenomen. Gedurende het jaar worden de projecten samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en vervolgens uitgevoerd. Hieronder is een globaal aangegeven welke kosten verwacht worden bij de projecten. Gezien de fase waarin de projecten zich bevinden, is slechts een inschatting te maken van de kosten. Voor de projecten is door het burgerpanel een budget toegekend, deze is in onderstaand overzicht meegenomen:

Project	Budget Burgerpanel	Extra benodigd budget	Totaal
Alcoholpreventie	€ 5.000,-	€ 5.000,-	€ 10.000,-
Ga Wandelen	€ 3.000,-	€ 2.000,-	€ 5.000,-
Bewegen met bekenden	€ 2.000,-	€ 2.000,-	€ 4.000,-

Waar mogelijk zullen via subsidies en/of fondsen extra middelen worden aangevraagd voor het gezondheidsbeleid. Ook zal indien mogelijk de samenwerking met ondernemers en organisaties worden versterkt. Hiermee kan een extra impuls worden gegeven aan interactieve projecten.

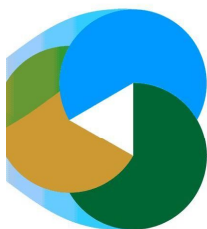
7 Evaluatie

De nota heeft een looptijd van 2013 tot en met 2016. Halverwege de looptijd zal een tussentijdse evaluatie worden uitgevoerd, op basis waarvan (indien nodig) de uitvoering kan worden bijgesteld. Aan het einde van de looptijd, zal de nota geëvalueerd worden.

De werkwijze bij het opstellen van de nota zal ook doorgezet worden bij de evaluatie ervan. Op een interactieve manier zullen inwoners en organisaties in de gelegenheid worden gesteld een bijdrage te leveren aan de evaluatie. Deze heeft dan betrekking op zowel het participatieproces, als de uitvoering van de nota.

Bijlagen
(Zie bijlagenboek)

- Bijlage 1: Evaluatie nota volksgezondheid 2008 – 2012 per gemeente
Bijlage 2: Uittreksel gezondheidsmonitors GGD



GEZOND ALTENA
AALBURG WERKENDAM WOUDRICHEM

Gezond Altena

Nota gezondheidsbeleid Land van Heusden en Altena 2013-
2016

Voorwoord

Voor u ligt de nota gezondheidsbeleid 2013-2016 van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem (vanaf nu de drie gemeenten genoemd). In deze nota kunt u lezen waar de drie gemeenten zich de komende jaren in het kader van het gezondheidsbeleid op willen richten.

Gezondheid is belangrijk voor mensen. Een goede gezondheid draagt bij aan het persoonlijk welbevinden en bij alles wat je in het leven doet. Gezondheid is een groot goed maar tegelijk ook een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk mee te kunnen doen, voor werk en in vrije tijd.

Integraal Gezondheidsbeleid heeft veel facetten en kent veel actoren. Gemeenten kunnen het niet alleen, maar zijn afhankelijk van andere spelers in het veld. Zo spelen onder andere de GGD, welzijnsinstellingen, zorgaanbieders, huisartsen een belangrijke rol, maar ook scholen, ondernemingen kunnen bijdragen aan de bevordering van de gezondheid. De belangrijkste rol is echter weggelegd voor de inwoners zelf. Zij hebben bij uitstek de mogelijkheid hun eigen gezondheid, die van hun kinderen en/of ouders mede te bepalen.

Via een actief participatietraject hebben burgers en deskundigen gezamenlijk mede richting gegeven aan de keuze van de speerpunten zoals deze terug komen in deze beleidsnota. Doel van dit participatietraject was de betrokkenheid en draagvlak van inwoners en deskundigen bij het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's als de doelen en uitvoering van het beleid.

De drie gemeenten willen dan ook iedereen bedanken voor hun bijdrage en hopen elkaar ook in de komende beleidsperiode goed weten te vinden. In het belang van de gezondheid van inwoners van het Land van Heusden en Altena.

De samenwerkende gemeenten

Inhoudopgave

Voorwoord.....	2
Inhoudopgave	3
1 Inleiding.....	4
2 Beleidskader gezondheidsbeleid	5
2.1 Wettelijk kader.....	5
2.2 Visie op gezondheid	6
3 Relaties met andere beleidsvelden	7
4 Proces totstandkoming nota.....	9
4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012	9
4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)	9
4.3 Behandeling drie gemeenteraden.....	10
4.4 Burgerparticipatie.....	10
4.5 Inventarisatie organisaties.....	13
4.6 Conclusie	13
5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016	14
5.1 Alcohol.....	14
5.2 Eenzaamheid.....	16
5.3 Overgewicht	18
5.4 Overige thema's	19
6 Uitvoering van het beleid.....	24
6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma	24
6.2 Financieel kader	24
7 Evaluatie	25
Bijlagen.....	26

1 Inleiding

Een goede gezondheid is belangrijk. Vraag aan een willekeurig persoon wat hij of zij belangrijk vindt. Vaak zal het antwoord zijn dat hij/zij gezond is en blijft. Een gezonde bevolking vormt 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.

De gemeentelijke overheid heeft een belangrijke taak op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid als het gaat om de collectieve preventie en de maatschappelijke ondersteuning. Het is de taak van de gemeente om samen met alle betrokkenen te werken aan de gezondheid van haar inwoners. Het gezondheidsbeleid zoals in deze nota opgevat, heeft met name betrekking op gezondheidsbevordering. De taak van de gemeente richt zich vooral op het voorkomen van (vermijdbare) ziekten (dit wordt ook wel collectieve preventie genoemd) en op de openbare gezondheidszorg. Echter de verbinding met de andere twee onderdelen (gezondheidsbescherming en curatieve zorg) heeft de aandacht en dan in het bijzonder de relatie met de curatieve zorgsector (eerstelijnszorg).

De nota volksgezondheid 2008-2011 was ook een gezamenlijke nota van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem. In deze nota stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit.

Binnen het speerpunt alcohol en drugs hebben de gemeenten zich gericht op preventie en voorlichtingen rondom genotmiddelen. Hier is onder andere uitvoering aan gegeven door het regionale alcoholmatigingsproject 'Think before you drink', het opstellen van een protocol Alcoholvergiftiging samen met ziekenhuizen en weerbaarheidstrainingen. Voor het speerpunt overgewicht is er voornamelijk ingezet op preventieactiviteiten door projecten als 'Lekker fit', Gezonde Veilige School en sporten voor 55+. Binnen het speerpunt depressie is voornamelijk ingezet op voorlichting en het stimuleren van ontmoetingsactiviteiten voor ouderen middels inlooppunten. Aan het speerpunt Integraliteit is onder andere invulling gegeven door samenwerking met sport combinatiefunctionarissen en jeugdgezondheidszorg.

Een aantal wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van haar burgers. Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van dit wettelijk kader. Hierin is ook de visie van onze gemeenten op het gezondheidsbeleid opgenomen. In hoofdstuk 3 wordt de relatie met andere beleidsvelden toegelicht. Het proces waardoor deze nota tot stand is gekomen wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. De thema's en doelstellingen waar we ons de komende jaren op gaan richten zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de uitvoering van dit gezondheidsbeleid en de financiële consequenties beschreven. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 omschreven hoe de uitvoering van de nota geëvalueerd gaat worden.

2 Beleidskader gezondheidsbeleid

2.1 Wettelijk kader

2.1.1 *Wet Publieke Gezondheid*

Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke hulpvraag. De publieke gezondheidszorg is er altijd voor iedereen en richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en risicogroepen. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan, die met name gericht is op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is.

De traditionele definitie van Publieke Gezondheid is het voorkomen van ziekte, verlenging van de levensverwachting en het bevorderen van gezondheid door georganiseerde inspanningen van de maatschappij. De publieke gezondheidszorg is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten.

Gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de volgende taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg:

- algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering, technische hygiëne zorg, psychosociale hulpverlening bij ongevallen, rampen en ingrijpende gebeurtenissen en medische milieukunde. In de 2e tranche WPG is toegevoegd dat gemeenten zorgdragen voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
- jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5),
- ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a), het betreft het zorgdragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Lokaal zijn er al veel voorzieningen zoals huisartsen, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. De interventies zijn vooral gericht op het verbinden en faciliteren van deze lokale initiatieven. Het vindt zijn uitwerking ook grotendeels in het wmo-beleid.
- infectieziektebestrijding (artikel 6).

Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en laat de Wpg weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van meer gemeentelijke beleidsvrijheid. De keuzes die de gemeente op dit gebied maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens artikel 13 van de Wpg elke vier jaar opstelt. Hierin is aandacht voor gemeentelijke doelstellingen, resultaten en acties die in een bepaalde tijdperiode worden ondernomen. De landelijke prioriteiten uit de landelijke nota worden hierbij in acht genomen. Gemeenten kunnen gemotiveerd afwijken van deze prioriteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de cijfers over gezondheid van de inwoners of lokale omstandigheden.

2.1.2 *Rol van de GGD*

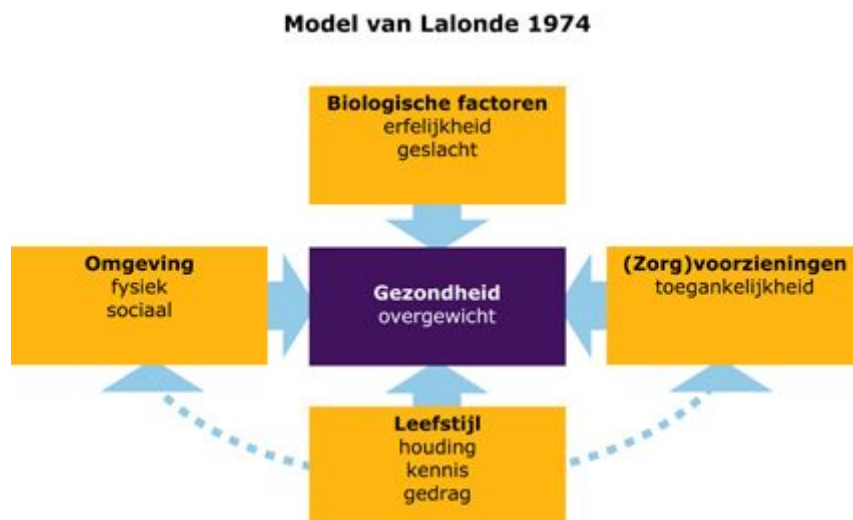
Volgens artikel 14 van de Wpg hebben gemeenten de taak een GGD in stand te houden voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Dat wil overigens niet zeggen dat alleen de GGD deze taken uitvoert; verschillende andere partijen kunnen een belangrijke rol spelen. Daarnaast bevat artikel 16 van de Wpg een bepaling: voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg, vraagt het college van B en W advies aan de GGD.

Naast de Wpg bevatten ook andere wetten voorschriften die (uiteindelijk) gezondheid als doel hebben. Voorbeelden zijn de wet Kinderopvang, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Drank- en horecawet.

2.2 Visie op gezondheid

Gezondheid is een groot goed. Gezonde burgers nemen deel aan de samenleving: zij kunnen leren, werken en voor elkaar zorgen. Gezondheidsbeleid is een investering in de samenleving. Een gezonde gemeente werkt aan een duurzame gezonde toekomst met en voor al haar inwoners.

Gezondheid is een breed begrip. Er is onderscheid tussen de feitelijke gezondheidssituatie en de beleving van de gezondheid door de burgers. Ook mensen met een ziekte of handicap kunnen zich gezond voelen. Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Het is een proces van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, dat wordt beïnvloed door verschillende factoren. Het, al oude, model van Lalonde brengt die factoren nog steeds het meest duidelijk in beeld:



Lokaal gezondheidsbeleid zal moeten aangrijpen bij deze factoren. Dit model van Lalonde maakt ook het belang van integraal werken aan gezondheid duidelijk. Andere beleidsterreinen, zoals sport, jeugd, ruimtelijke inrichting, milieu en Wmo, kunnen in hun beleid gezondheidsdoelen opnemen en zo bijdragen aan een gezonde samenleving. Andersom kunnen gezonde burgers weer een positieve bijdrage leveren aan deze verschillende beleidsterreinen.

Het realiseren van een duurzaam gezonde toekomst voor de inwoners van het Land van Heusden en Altena vraagt om de volgende aanpak:

- burgerkracht inzetten. Met eigen kracht, verantwoordelijkheid, weerbaarheid en basisvaardigheden kunnen burgers gezonde keuzes maken.
- andere beleidsterreinen dienen gezondheid vanzelfsprekend en structureel mee te nemen in hun activiteiten. Bijvoorbeeld door de omgeving zo in te richten dat bewoners worden uitgedaagd tot gezond bewegen.
- samenwerking met andere beleidssectoren, ketenpartners en private partijen.
- toekomstgericht denken: maatregelen van nu hebben invloed op de gezondheid van onze jongeren en hun kinderen.
- voortdurend en flexibel inspelen op maatschappelijke trends en ontwikkelingen.

3 Relaties met andere beleidsvelden

Het gezondheidsbeleid heeft veel raakvlakken met andere beleidsvelden. Op de belangrijkste wordt hieronder nader ingegaan. Deze zijn het wmo-beleid, sportbeleid, het jeugdbeleid en het veiligheidsbeleid. Ook wordt aangegeven welke raakvlakken er zijn met de drie decentralisaties in het sociale domein.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Het centrale doel van de Wmo is mensen in staat te stellen mee te doen in de samenleving. Door preventief gezondheidsbeleid neemt de kans toe dat mensen in staat zijn dit te realiseren zonder ondersteuning door de gemeenten. Immers bij een goede fysieke en mentale gezondheid zijn er minder belemmeringen te participeren in de maatschappij. Prestatieveld 9 van de Wmo gaat over het bestrijden en voorkomen van verslaving. Preventief verslavingsbeleid binnen het domein van de volksgezondheid sluit hierop aan.

Andersom draagt het Wmo-beleid bij aan het bevorderen van de volksgezondheid. Door mensen te ondersteunen om mee te kunnen doen in de samenleving wordt het welbevinden bevorderd. Zo wordt bijvoorbeeld eenzaamheid bestreden. Ook kunnen mensen met behulp van hulpmiddelen hun eigen gezondheid bevorderen.

Jeugdbeleid

Het jeugdbeleid is erop gericht dat jongeren van 0 tot en met 23 zo veilig mogelijk opgroeien tot gezonde en gelukkige volwassenen, die volwaardig meedoen in de samenleving. Het gezondheidsbeleid is voor een groot deel op jongeren gericht, aangezien daar structureel de meeste winst is te behalen. Daarnaast zijn instellingen binnen het jeugdbeleid en de jeugdgezondheidszorg, zoals de GGD, Thebe, maatschappelijk werk en De Vleet, en scholen essentiële uitvoeringspartners in het gezondheidsbeleid.

Sportbeleid

De doelstelling van het sportbeleid is dat alle inwoners van de gemeente, ongeacht hun leeftijd of fysieke gesteldheid, op een verantwoorde, sociale en laagdrempelige wijze, aan enige vorm van bewegen en sportbeoefening kunnen doen. De raakvlakken liggen met name bij het voorkomen en bestrijden van overgewicht. Bewegen en sporten hebben echter ook een positieve invloed op de mentale gezondheid van mensen, bijvoorbeeld doordat mensen weerbaarder worden en gezamenlijke activiteiten bijdragen aan de eenzaamheidsbestrijding.

Veiligheidsbeleid

Een van de speerpunten in het veiligheidsbeleid is 'zorg voor jeugd', waarin de doelstelling is het aandacht blijven geven aan en het onder de aandacht brengen van het (overmatige) gebruik van alcohol en drugs onder de jeugd. Preventief beleid bij alcohol en drugs is eveneens een van de speerpunten in het gezondheidsbeleid.

Decentralisaties

In de komende jaren worden gemeenten verantwoordelijk voor uitvoering van de jeugdzorg, Participatiewet en begeleiding en verzorging uit de AWBZ. Het kabinetsbeleid is daarbij gericht op 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Bij het thema gezinsproblematiek komt deze aanpak terug. Daarnaast kan door preventief gezondheidsbeleid een beroep op voorzieningen en/of ondersteuning in het kader van de nieuwe taken beperkt worden. Met het oog op de geraamde bezuinigingen op de uitvoering van de taken, zijn effectieve preventieve interventies zeer belangrijk. Deze zijn goedkoper en werken langer door dan het bieden van ondersteuning als beperkingen of problemen zich al manifesteren.

Andere beleidsvelden

Integraal gezondheidsbeleid houdt ook in dat er naast het sociale domein, ook in de fysieke omgeving rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten. De inrichting van de fysieke omgeving kan bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid, bijvoorbeeld doordat het beweging meer stimuleert, of het leefmilieu minder belast (bijvoorbeeld geluidsoverlast, luchtverontreiniging). Ook dragen gemeentelijke voorzieningen als riolering en de destructie van kadavers bij aan de volksgezondheid. Aangezien deze gericht zijn op de bescherming van de volksgezondheid en niet op bevordering ervan, worden deze niet verder uitgewerkt.

4 Proces totstandkoming nota

In dit hoofdstuk wordt aangegeven op welke wijze de nota tot stand is gekomen. Omdat hiervoor een vernieuwende manier is gebruikt, wordt er uitgebreid bij stil gestaan. De onderwerpen die van invloed zijn geweest op het proces en de keuze van de inhoudelijke gezondheidsthema's worden hieronder uitgewerkt. Deze zijn achtereenvolgens de nota gezondheidsbeleid 2008-2012, gezondheidsgegevens van de GGD, behandeling in de opiniërende raadsvergaderingen van de drie gemeenten en het participatietraject. Het participatietraject is op een vernieuwende interactieve manier uitgevoerd, waarmee onze gemeenten nog geen ervaring hadden. Het is daardoor gelijk een leerproces geweest, dat we kunnen toepassen op toekomstige trajecten.

4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012

In de nota gezondheidsbeleid 2008 – 2012 stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit. In Woudrichem waren daarnaast nog een drietal lokale speerpunten: gezondheidscentra, ouderenadviseurs en AED's. Het actieprogramma voor de gezamenlijke speerpunten bestond hoofdzakelijk uit twee pijlers: het vergroten van de bewustwording door voorlichting en activiteiten op scholen en welzijnsinstellingen, en het vroegtijdig signaleren en aanpakken van problemen, door de weerbaarheid en sociale vaardigheden van de jongeren te versterken middels trainingen en cursussen.

De uitvoering van de nota is lokaal in de afzonderlijke gemeenten georganiseerd. Hierdoor zijn er in de uitvoering verschillen ontstaan en zijn verschillende accenten gelegd. Dit is niet altijd effectief en efficiënt gebleken en is niet helder voor de organisaties en inwoners. Aangezien onze gemeenten in de toekomst nog meer zullen samenwerken en een gezamenlijke uitvoering effectiever is, willen we deze nota gezamenlijk uitvoeren, waarbij iedere gemeente een aantal speerpunten voor zijn rekening neemt.

Omdat de uitvoering lokaal is gedaan, en de gemeente Woudrichem lokale speerpunten heeft vastgesteld, zijn uitgebreidere lokale evaluaties opgesteld. Deze zijn in de bijlage bij deze nota opgenomen.

De speerpunten uit de nota 2008 – 2012 zijn nog steeds actueel. Ook in de landelijke nota gezondheidsbeleid worden deze als speerpunten aangemerkt. Daarom zijn deze in de startnotitie die in het najaar van de 2012 in de gemeenteraden is besproken, als thema's meegenomen.

4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)

De GGD onderzoekt jaarlijks de gezondheidssituatie van een bepaalde doelgroep in de gemeenten. Iedere doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen) wordt zo 1x per vier jaar onderzocht. Deze onderzoeken leveren waardevolle informatie over de gezondheidstoestand van de gemeenten en bieden inzicht in ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Doordat alle gemeenten gelijktijd worden onderzocht, kunnen lokale gegevens afgezet worden tegen regionale gegevens of gegevens van andere gemeenten. Dit geeft een uitstekend referentiekader, waarop de keuzes voor het beleid gebaseerd kunnen worden.

Daarnaast kunnen de monitors gebruikt worden om een indicatie te geven van de effecten van het uitgevoerde beleid. Hierbij moet echter een grote slag om de arm worden gehouden, aangezien veel externe factoren van invloed zijn op de ontwikkelingen. Deze liggen meestal buiten de invloedssfeer van de gemeenten.

Op basis van de GGD-gegevens is geconcludeerd dat voortzetting van de bestaande speerpunten wenselijk is. In de bijlage bij deze nota is een overzicht gegeven van de belangrijkste cijfers.

4.3 Behandeling drie gemeenteraden

In het najaar van 2012 is in de drie afzonderlijke gemeenteraden opiniërend gesproken over de startnotitie voor deze nota. Bij de behandeling in Woudrichem is aangegeven dat roken als speerpunt toegevoegd zou moeten worden. In Werkendam is naast roken ook gehoorbeschadiging als extra thema aangemerkt. In Aalburg tenslotte is geconcludeerd dat depressie en eenzaamheid weliswaar veel raakvlakken hebben, maar dat ze wel gescheiden moeten worden. Depressie is een ziekte/aandoening, eenzaamheid is een sociale omstandigheid. Voor beide is dan ook een andere aanpak nodig.

Op aanraden van de GGD zijn de thema's gezinsproblematiek en schoolverzuim nog toegevoegd. Daarnaast zijn alcohol en drugs als afzonderlijke thema's benoemd, gezien de verschillende aanpak bij beiden. Voor alcoholpreventie loopt bijvoorbeeld het regionale project Think Before You Drink. Voor drugs is er geen regionaal programma. Daarnaast is alcohol vanaf 18 jaar in principe legaal, terwijl drugs dat niet zijn.

4.4 Burgerparticipatie

Kern van het proces is geweest de nota zo interactief mogelijk met inwoners in instellingen op te stellen. Inwoners kregen daarbij een heel belangrijke rol bij het bepalen van de gezondheidsthema's voor de komende jaren. De doelstelling van het participatietraject is de betrokkenheid van inwoners bij en het draagvlak onder inwoners voor het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's, als voor de doelen en uitvoering van het beleid. Binnen de formule Effectiviteit = Kwaliteit x Acceptatie ($E = K \times A$) wordt met name de Acceptatie vergroot.

Hieronder wordt het verloop van de interactieve avonden geschetst. Vervolgens wordt aangegeven op welke wijze de social media hiervoor ingezet zijn.

4.4.1 *Eerste burgerpanel - (prioriteren thema's*

Het eerste burgerpanel (op 3 december 2012) is gestart met de gezondheidsthema's op basis van de bestaande nota, de behandeling in de gemeenteraden, en advies van de GGD. Tijdens de eerste interactieve avond is door een inwoner het onderwerp maatschappelijke opvang als thema naar voren gebracht. Tijdens het eerste burgerpanel waren ongeveer 50 inwoners aanwezig.

De thema's zijn door ambassadeurs via wervende presentaties 'gepromoot' bij het burgerpanel. De ambassadeurs zijn afkomstig van organisaties waar het betreffende thema tot haar kerntaak behoort, en waar veel kennis aanwezig is. Dit betreft de GGD (alcohol en overgewicht), Tremas (gezinsproblematiek), De Vleet (eenzaamheid), Rivas (roken), Altena College (schoolverzuim), Novadic Kentron (drugs), Indigo/GGZ Breburg (depressie), Thebe (overgewicht), de Hoop (internetverslaving) en een Gehoorconsulent (gehoorbeschadiging). De inwoner die maatschappelijke opvang heeft geagendeerd, heeft deze zelf gepresenteerd. Vervolgens hebben de inwoners middels het toewijzen van fictieve budgetten de thema's geprioriteerd. Dit heeft geresulteerd in de hieronder staande rangorde:

Thema	Bedrag
Alcohol	€ 2550
Eenzaamheid	€ 2300
Overgewicht	€ 2250
Gezinsproblematiek	€ 2100
Roken	€ 1700
Drugs	€ 1600
Schoolverzuim	€ 1050
Depressie	€ 950
Maatschappelijke opvang	€ 900
Internetverslaving	€ 700
Gehoorschadiging	€ 500

Op basis van deze uitslag is voor het tweede burgerpanel besloten door te gaan met de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht. Deze thema's krijgen in eerste instantie dan ook de meeste aandacht bij de uitvoering van het beleid. Hierbij is wel duidelijk aangegeven dat aan de andere thema's wel uitvoering gegeven wordt, maar dat dat pas op een later moment en minder intensief (vanuit gezondheidsbeleid) zal gebeuren. Vanuit andere beleidsterreinen kan hierop nog wel steeds ingezet worden.

4.4.2 *Tweede burgerpanel -Van doelen naar acties*

Het tweede burgerpanel is gebruikt om de doelen van het beleid op de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht te benoemen en bij deze doelen acties te bedenken. Hierbij waren ca 80 inwoners aanwezig, waarbij veel aanwezigen op het eerste burgerpanel ook nu weer aanwezig waren. De inhoudelijke begeleiding is door de ambassadeurs, gemeenten en andere deskundigen gedaan.

Uit ervaringen van een andere gemeente (Laarbeek) is gebleken dat het voor inwoners heel moeilijk is doelen te formuleren. Daarom is ervoor gekozen vooraf doelen te formuleren en deze voor te leggen aan de inwoners. Deze konden zich vinden in de gestelde doelen. De geformuleerde doelen komen in hoofdstuk 5 terug.

Door middel van brainstormtechnieken zijn vervolgens door de inwoners gezamenlijk plannen bedacht waarmee de doelen bereikt kunnen worden. Hieruit zijn diverse acties naar voren gekomen die de inwoners geschikt achten voor uitvoering. Ambtelijk zijn de voorgestelde plannen beoordeeld op haarbaarheid. Dit heeft geleid tot 8 plannen die verder uitgewerkt konden worden. Een aantal andere acties zijn als onhaalbaar bestempeld omdat ze te complex waren, of niet vanuit het oogpunt van gezondheidbevordering bedacht waren. Andere plannen konden samengevoegd worden, of bestonden al.



4.4.3 *Derde burgerpanel (uitwerken acties en voteren budget)*

Het doel van het derde burgerpanel, waar weer ca. 80 personen aanwezig waren, was de 8 geselecteerde plannen verder uit te werken, en door een jury en inwoners hiervoor budgetten toe te laten kennen.

Het uitwerken van de 8 plannen is gedaan onder begeleiding van de ambassadeurs en andere deskundigen. Vervolgens zijn deze gepresenteerd aan de jury, bestaande uit drie portefeuillehouders en drie inwoners. De beoordeling heeft plaats gevonden op basis van de criteria: creativiteit, competitie-element, bereik, inwonerbetrokkenheid, realistisch budget en zichtbaarheid in de

gemeenten. De jury heeft punten toegekend, waarna de inwoners via een stemming de top 3 hebben bepaald, op basis waarvan de projecten in aanmerking komen voor een bepaald uitvoeringsbudget.

Dit heeft erin geresulteerd dat de volgende plannen als eerste uitgevoerd zullen worden, samen met de inwoners en betrokken organisaties, met inzet van het toegekende budget:

1. Preventieprogramma alcohol € 5.000,-
2. Ga wandelen (eenzaamheid) € 3.000,-
3. Bewegen met bekenden (overgewicht) € 2.000,-



De budgetten zijn beschikbaar gesteld vanuit de middelen voor gezondheidsbeleid.

De overige projecten zullen waar mogelijk ook uitgevoerd worden, de eerste focus zal echter liggen bij bovenstaande projecten.

4.4.4 Inzet social media

Onder de noemer Gezond Altena is bij het participatietraject ook gebruik gemaakt van social media: Facebook en Twitter. Hierop zijn berichten geplaatst en zijn de bijeenkomsten aangekondigd. Het blijkt lastig te zijn een publiek op Facebook op te bouwen; en op deze manier meer inwoners te bereiken. Veel inwoners participeren liever in bijeenkomsten. Het aankondigen van de bijeenkomsten op Twitter heeft naar onze indruk wel de nodige aandacht gegenereerd. Dit is echter niet gemeten.

Ter voorbereiding van het participatietraject is gesproken met jongeren uit onze gemeenten. Tijdens dit gesprek bleek dat het niet haalbaar was bij het opstellen van de nota een geschikte benadering van de jongeren via social media op te zetten. Dit zit in de specifieke benaderingswijze van jongeren die nodig is. Wel willen we de komende periode jongeren betrekken bij het gezondheidsbeleid. Om een geschikte methode te ontwikkelen is van Zon MW een subsidie van € 15.000,- ontvangen. Deze wordt via de GGD en de academische werkplaats van de universiteit Tilburg ingezet. Het onderzoek richt zich specifiek op ons gebied en zal door middel van focusgroepen plaatsvinden. De resultaten worden half mei verwacht.

Overigens zijn bij de burgerpanels ook jongeren aanwezig geweest, zodat deze doelgroep in deze fase wel inbreng heeft gehad.



Facebook: [Gezond Altena](#)

Twitter: [@gezondaltena](#)

LinkedIn: [Gezond Altena](#)

4.5 Inventarisatie organisaties

Relevante organisaties als maatschappelijk werk, scholen, GGD, enz. zijn in de gelegenheid gesteld schriftelijk prioriteiten aan te geven en hun wensen en behoefte aan te geven. Ook is gevraagd wat zij zelf kunnen bijdragen op de verschillende thema's.

Opvallend is dat gezinsproblematiek door de organisaties als het belangrijkste thema is aangeduid. De thema's overgewicht en alcohol zijn daarnaast de belangrijkste thema's voor organisaties. Eenzaamheid komt minder prominent naar voren; dit wordt meer als sociaal probleem ervaren. Omdat in het kader van de burgerparticipatie de mening van inwoners leidend is, is eenzaamheid toch als thema gehandhaafd in het verdere traject. In de uitvoering van het beleid krijgt gezinsproblematiek, naast de drie andere thema's een prominente plaats. Dit heeft veel raakvlakken met het Centrum voor Jeugd en Gezin en de komende decentralisaties.

De rode draad in de inventarisatie onder organisaties is de nadruk op voorlichting, preventie en vroegsignalering. De organisaties benadrukken het belang van het betrekken van de ouders hierbij. Daarnaast wordt ook veelvuldig aangegeven dat organisaties (en inwoners) samen moeten werken om de doelen te bereiken en een integrale aanpak moeten nastreven. Deze elementen worden meegenomen in het uitvoeringsprogramma.

De meeste organisaties hebben aangegeven een bijdrage te willen en kunnen leveren op het gezondheidsbeleid. Op basis van hun opgave, zullen ze bij de uitvoering van het beleid betrokken worden.

4.6 Conclusie

Het participatieproces heeft een zinvolle bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de nota en het uitvoeringsprogramma. Het draagvlak is vergroot en er zijn vanuit de inwoners creatieve projecten bedacht. Het momentum dat hierbij is ontstaan biedt kansen voor een participatieve uitvoering van de nota. Deze willen we dan ook zeker vasthouden.

De inzet van social media zal hiervoor verder uitgebouwd worden, met behulp van een onderbouwde methode. Hiermee worden vooral jongeren nauwer betrokken bij het gezondheidsbeleid in onze gemeenten.

5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016

Op basis van het hiervoor beschreven proces zijn de thema's voor het gezondheidsbeleid in de komende jaren bepaald. Deze worden in dit hoofdstuk uitwerkt, waarbij steeds de bestaande situatie wordt beschreven, de doelen van het beleid en de activiteiten die we daarvoor uitvoeren. De thema's worden op volgorde van prioriteren door het burgerpanel behandeld.

5.1 Alcohol

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

5.1.1 *Omschrijving lokale situatie*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat 2 tot 5 % van de kinderen jonger dan 12 jaar wel eens alcohol heeft gedronken. Een kwart van de jongeren van 12 t/m 18 jaar is een bingedrinker (5 glazen of meer per gelegenheid) wat lager is dan gemiddeld in West-Brabant. 10 tot 16 % van de jongeren geeft aan afgelopen maand dronken te zijn geweest.

Bijna alle ouders in het Land van Heusden & Altena vinden dat jongeren pas vanaf 18 jaar alcohol mogen drinken. Dit is hoger dan gemiddeld in West-Brabant. In onze gemeenten wordt minder alcohol gedronken door de volwassenen en ouderen bevolking dan gemiddeld in West-Brabant maar gemiddeld voldoet nog steeds 1 op de 3 tot 4 volwassenen niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik.

5.1.2 *Wat willen we bereiken?*

De doelen op het thema alcohol zijn:

1. Alcoholgebruik onder de 18 jaar voorkomen.
2. Hoe voorkomen we dat jongeren 'los' gaan zodra ze 18 jaar zijn geworden (en dus alcohol mogen drinken)
3. Hoe zorg je ervoor dat er geen alcohol meer verkocht wordt aan jongeren?

5.1.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende interactieve bijeenkomsten van het burgerpanel eind 2012 en begin 2013 zijn er verschillende projectideeën door burgers en professionals gezamenlijk uitgewerkt. Het projectidee 'voorlichting / preventie alcohol' met als doel het alcoholgebruik onder de 16 jaar terug te dringen kreeg tijdens de laatste burgerpanel de meeste stemmen van de jury, burgers en professionals. Er is aan dit project een bedrag van € 5000.- toegekend.

De bedoeling van het projectidee is om visueel aan jongeren de schadelijke gevolgen van drankgebruik duidelijk te maken. Verder wordt er gezocht naar rolmodellen in de gemeenten die de boodschap om alcohol te beperken op een positieve manier uitdragen, hierbij kan gedacht worden aan bekende sporters. Naast dit winnende idee zijn er meer ideeën aangedragen waar we in een later stadium mee aan de slag gaan.

Projectideeën die naar voren kwamen tijdens het burgerpanel zijn:

- Registratiekaart (chipkaart) alcoholgebruik
- Social marketing

- Alcohollokkers zoals breezers uit de supermarkten
- Scherpere controle en sancties
- Verandering van denken bij ouders
- Alcohol anders
- Doorgaande lijn van voorlichting van -9 mnd tot 23 jaar.

Samen met jeugd, ouders, scholen, kerken, sportverenigingen, Centra voor Jeugd en Gezin, GGD, Novadic-Kentron, De Hoop, bedrijfsleven etc. gaan we aan de slag om het project verder vorm te geven. Via de scholen worden informatieavonden opgezet waarin ouders en jeugd een belangrijke rol vervullen. De burgers gaan samen met de professionals aan de slag om de schadelijke gevolgen op een duidelijke aansprekende manier onder de aandacht te brengen.

Naast de projectideeën is er ook het regionale alcoholmatigingsprogramma 'Think before you drink'

Think before you drink

Sinds 2009 werken de 18 gemeenten in West Brabant, Novadic-Kentron en projectleider GGD West Brabant samen met vele andere (regionale) partijen en organisaties aan de volgende twee hoofddoelstellingen.

1. Géén alcoholgebruik door jongeren onder de 18 jaar
2. Géén overmatig alcoholgebruik door jongeren vanaf 18 jaar



Deze hoofddoelstellingen sluiten perfect aan bij de uitkomsten van het burgerpanel.

Jongeren en alcohol

Bij alle 18 gemeenten (waaronder de gemeenten Aalburg, Woudrichem en Werkendam) is alcoholpreventie onder jongeren een speerpunt in de nota gezondheidsbeleid en is het een aandachtspunt bij de aanpak van integrale veiligheid. Het thema jongeren en alcohol heeft ook raakvlakken met jeugdbeleid, sportbeleid, opvoedingsondersteuning, verslavingspreventie en horecabeleid. Gezamenlijk optrekken bij de integrale aanpak van alcoholgebruik onder jongeren is dus essentieel.

Projectleiding

De 18 gemeenten in de regio West Brabant hebben de GGD West Brabant opdracht gegeven om samen met partners uit het veld de problemen rondom alcoholgebruik onder jongeren aan te pakken. De GGD West Brabant vervult de rol van projectleider van 'Think before you drink'.

Stuurgroep

Het project 'Think before you drink' wordt aangestuurd door een regionale Stuurgroep, zij is verantwoordelijk voor het uitzetten van de grote lijnen van het project en voor de bewaking van de financiën. Deze Stuurgroep bestaat uit portefeuillehouders volksgezondheid uit de regio, een manager van de GGD West Brabant, een adviseur van Novadic-Kentron en de projectleider van de GGD West Brabant. De voorzitter van de Stuurgroep is de portefeuillehouder van de gemeente Drimmelen. De Stuurgroep rapporteert regelmatig over de voortgang van het project in het portefeuillehouderoverleg volksgezondheid in de regio West Brabant. Verder wordt er één keer per kwartaal een nieuwsbrief uitgebracht met daarin de belangrijkste activiteiten.

Nieuwe Drank-en Horecawet

Op 1 januari 2013 is de nieuwe Drank- en Horecawet ingegaan. In de nieuwe wet zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze alcohol in bezit hebben, zowel in de kroeg als op de openbare weg. Verkopers van alcohol die in 12 maanden tijd 3 keer worden betrapt op verboden verkoop, verliezen (tijdelijk) hun vergunning. De handhaving van de wet gaat over naar de gemeenten en kan

daarmee gericht worden ingezet. De gemeenten hebben ieder een kwartiermaker aangewezen die de invoering van de nieuwe wet zal coördineren.

Wat gaat er veranderen?

- In het kader van het streven naar reductie van de administratieve lasten wordt het vergunningsstelsel zodanig aangepast dat er minder frequent een nieuwe vergunning aangevraagd hoeft te worden;
- De burgemeester wordt, ter vervanging van het college van burgemeester en wethouders, in medebewind belast met de uitvoering van de Drank- en Horecawet;
- De gemeenteraad moet een verordening opstellen, waarbij zowel aspecten van oneerlijke mededinging als de bescherming van de jeugd moeten worden meegewogen;
- Gemeenten krijgen meer mogelijkheden om op lokaal niveau beter invulling te geven aan het alcoholbeleid, met name om overmatig alcoholgebruik onder jongeren tegen te gaan;
- Er zijn sancties opgenomen voor niet-vergunningsplichtige detailhandelaren die voor de derde keer in één jaar zwakalcoholische dranken verkopen aan jongeren onder de zestien jaar;
- Jongeren onder de zestien jaar die alcoholhoudende drank aanwezig hebben of voor consumptie gereed hebben op voor het publiek toegankelijke plaatsen (openbare weg en horecabedrijven) worden strafbaar gesteld;
- Het toezicht op de Drank- en Horecawet wordt gedecentraliseerd van het rijk naar de gemeenten.

Verhoging leeftijdsgrens alcohol

De verhoging van de leeftijd waarop alcohol mag worden verkocht gaat van 16 naar 18 jaar. Een grote meerderheid van de Tweede Kamer staat achter het initiatiefwetsvoorstel dat onlangs is behandeld. Mogelijk wordt het nog dit jaar verboden om alcoholhoudende drank te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. De nieuwe wet maakt ook het bezit van alcohol op straat en in de horeca strafbaar voor 18-minners. We houden de ontwikkelingen hieromtrent in de gaten en zullen uiteraard inspelen op veranderingen.

5.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor psychische ongezondheid. Om eenzaamheid te voorkomen, is een sociaal netwerk voor (kwetsbare) mensen van groot belang. Een netwerk van vrienden en familie betekent dat het makkelijker wordt iemand iets te vragen. Hoe groter het sociale netwerk, des te groter de hoeveelheid verkregen steun, de tevredenheid hiermee en de mate van steun die mensen verwachten te krijgen als het nodig is. Sociale steun heeft ook preventieve gevolgen voor de gezondheid. Zo beschermt sociale steun tegen het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Bij het burgerpanel scoorde het thema eenzaamheid hoog op de prioriteitenlijst. Het panel van deskundigen dacht daar anders over. Een verklaring hiervoor is dat eenzaamheid als sociaal probleem wordt gezien en niet als gezondheidsprobleem. Mogelijk dat de lagere score ook komt doordat vanuit scholen veel reacties zijn gekomen bij het panel van deskundigen. Een aantal knelpunten sprong tijdens het burgerpanel eruit:

“Problemen worden in het gewone dagelijkse leven vaak onnodig ‘laat’ of helemaal niet gesignaleerd, doordat partijen onvoldoende met elkaar communiceren.”

“Mensen moeten meer gewezen worden op hun eigen verantwoordelijkheid en meer gestimuleerd worden om eigen verantwoordelijkheid te nemen.”

5.2.1 Omschrijving lokale situatie

Eenzaamheid komt bij alle leeftijdsgroepen voor maar neemt toe naarmate men ouder wordt. Een op de drie volwassenen geeft aan eenzaam te zijn, bij ouderen is dit een op de twee. Ernstig eenzaamheid komt minder voor, dit is 4 – 7 % bij volwassenen en 6 – 9 % bij ouderen in onze gemeenten.

5.2.2 *Wat willen we bereiken?*

De hoofddoelstellingen waar we ons de komende jaren dan ook op willen richten zijn:

1. Burgers bewust laten worden van het bestaan van eenzaamheid en hen inzicht geven in hun mogelijke rol gericht op het bevorderen van participatie
2. Investeren in de sociale samenhang en vaardigheden van inwoners om een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden
3. Stimuleren van verbindingen tussen inwoners en organisaties om eenzaamheidssituaties vroegtijdig te signaleren en op te lossen

5.2.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende burgerpanels zijn door inwoners een aantal projecten aangedragen en uitgewerkt. Deze projecten zijn gericht op de bovenstaande drie doelstellingen.

Mensen die eenzaam zijn vinden het vaak moeilijk om hiermee naar voren te komen. Goede voorlichting en informatie over dit onderwerp zijn dan ook essentieel om inwoners bewust te maken van het bestaan van eenzaamheid. Een activiteit gericht op bewustwording van eenzaamheid van inwoners is het project 'Ga wandelen'. Sport en bewegen dragen bij aan zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid. Naast het mobiliseren van mensen om te bewegen leent een wandeltocht door het LvhA zich ook voor het leggen van contacten en het opbouwen van een netwerk.

Bewustwording dat eenzaamheid bestaat is noodzakelijk voor de aanpak van eenzaamheid. Een volgende stap om eenzaamheid aan te pakken en meer deel te nemen aan de samenleving is het deelnemen aan bepaalde activiteiten. Net als bewegen is ook eten belangrijk om fit te blijven. De meeste volwassenen en ouderen wonen zelfstandig en eten thuis. Ziekte of eenzaamheid kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder of minder goed eten. Hierdoor vergroot het risico op ondervoeding. Lokale initiatieven kunnen bijdragen aan beter sociaal en fysiek welbevinden. Hier wordt verder uitwerking aan gegeven door het project 'Gezamenlijk eten'. Hier worden er voor en door inwoners (vrijwilligers) diners georganiseerd bij de mensen thuis, waarmee wordt getracht mensen uit hun isolement te trekken en contacten te leggen. Daarnaast wordt via het project 'Digitale opmars niet meer te stuiten' geïnvesteerd in de sociale vaardigheden van inwoners om een netwerk op te bouwen, door middel van het geven van computerlessen voor en door ouderen.



Het is belangrijk dat bij ontwikkeling van beleid en bij de aanpak van eenzaamheid samenwerking met relevante organisaties en vertegenwoordigers van doelgroepen is. Aandacht en luisteren naar de ander staat hierin centraal. Tijdens de burgerpanels is hier invulling aan gegeven door het project 'Vertel eens'. In dit project schrijven mensen gedichten over hun levensloop aangespoord door vrijwilligers. Aandacht en contact kan iemand uit zijn isolement halen en maakt anderen bewust van het bestaan van eenzaamheid.

Naast bovenstaande projecten zijn er ook bestaande lokale initiatieven. Zo worden in Werkendam en Woudrichem activerende huisbezoeken afgelegd bij 80- plussers. Tijdens de huisbezoeken wordt aan ouderen informatie gegeven over voorzieningen en activiteiten. Vooral op het vlak van woning, vervoer, huishoudelijke verzorging en thuiszorg blijkt een grote behoefte aan hulp te zijn. Op het gebied van aanbod van activiteiten liggen er voor de gemeente dus zeker mogelijkheden. Hierbij kan gedacht worden aan de seniorenwijzer, het loket Altena, de inlooppunten en de mantelzorgwijzer. Deze initiatieven richten zich op de ouderengezondheidszorg. Het blijkt dat deze mogelijkheden bij een groot deel van de ondervraagden (50-75%) niet bekend is.

Daarnaast hebben gemeente Werkendam en Woudrichem twee conferenties over eenzaamheid georganiseerd om samen met het maatschappelijke middenveld na te denken over samenwerking voor de aanpak van eenzaamheid. De conferenties bestonden uit drie thema's: zinvol leven, prettig wonen en het kan iedereen overkomen. Vanuit deze drie thema's zijn een aantal actiepunten voortkomen die komende jaar worden opgepakt. Zo wordt een jeugd actieplan ontwikkeld om jongeren bewust te maken van eenzaamheid onder het motto 'jong geleerd is oud gedaan'. Daarnaast wordt er een systeem opgezet waarbij mensen in een bepaalde buurt kunnen aangeven welke vragen/behoefte zijn hebben en kunnen aangeven waar ze goed in zijn. Zo kan vraag en aanbod in een bepaalde buurt bij elkaar worden gebracht en de sociale cohesie in een buurt worden vergroot. Dit sluit eveneens aan op het laatste actiepunt om een sleutelfiguur in een wijk aan te stellen die de verbinding vormt tussen organisaties en de buurt en middels een sociale kaart vraag en aanbod met elkaar verbindt.

In Aalburg is er onder andere een activiteitenkalender ontwikkeld voor ouderen om mensen samen activiteiten te laten doen. Verder wordt er vanuit de WMO indicatieadviseurs de nodige aandacht geschonken aan de eenzaamheid onder ouderen.

5.3 Overgewicht

Overgewicht vormt een groeiend probleem. Wereldwijd neemt het aantal mensen met (ernstig) overgewicht drastisch toe. Ook in Nederland stijgt het aantal personen; circa 55% van de mannen en 45% van de vrouwen heeft overgewicht. Jaarlijks veroorzaakt overgewicht circa 40.000 nieuwe ziektegevallen van ouderdomsdiabetes (type II), hart- en vaatziekten en kanker. Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor 7% van de sterftegevallen. Overgewicht tast ook de kwaliteit van het leven aan, door sociaal-emotionele problemen, verminderde mogelijkheden om te participeren en belemmeringen bij het bewegen.

5.3.1 *Omschrijving huidige situatie?*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat ook in onze gemeenten overgewicht een probleem is. Gemiddeld een op de tien kinderen van 2 t/m 11 jaar heeft overgewicht. De problematiek neemt toe naarmate men ouder wordt. Bij jongeren van 12 t/m 18 jaar heeft een op de acht overgewicht, bij volwassenen een op de twee, en twee van de drie ouderen zijn te zwaar.

Beweging en voeding zijn belangrijk in de aanpak van overgewicht. Per doelgroep is er een Nederlandse norm vastgesteld voor bewegen. 95% van de kinderen t/m 12 jaar voldoet aan deze norm. Slechts een op de zeven jongeren van 12 t/m 18 jaar haalt de norm van elke dag 1 uur bewegen. Bij volwassenen en ouderen haalt 40 % de norm niet. Iets meer dan de helft van de kinderen jongeren zijn lid van een sportvereniging. Dit percentage is wat lager dan gemiddeld in West-brabant.

Het aantal kinderen en jongeren dat dagelijks groente en fruit eet is lager dan gemiddeld in West-Brabant. Dit betreft 40% van de kinderen van 2 t/m 12 jaar en 90 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar. 90% van de volwassenen en 80 % van de ouderen eten niet voldoende groente en fruit.

5.3.2 *Wat willen we bereiken?*

Voor de aanpak van overgewicht zijn de volgende doelen geformuleerd:

1. De gezonde keuze de gemakkelijkste keuze maken;
2. De consumptie van groente en fruit door de jeugd bevorderen;
3. Het aantal kinderen met overgewicht verminderen door adequate signalering en behandeling;

5.3.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Bij het burgerpanel zijn twee projecten bedacht voor de aanpak van overgewicht. Aan het project "bewegen met bekenden" is een budget toegekend van € 2.000,-. Het andere project is "Eten met aandacht". Deze projecten worden in 2013 (en de komende jaren) samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en uitgevoerd.

“Bewegen met bekenden” heeft tot doel het meer laten bewegen van jong en oud, vanuit een beweeg/sportcentrum (bijvoorbeeld de Almkreek in Almkerk). Activiteiten kunnen zijn veilig wandelen, hardlopen, mountainbiken, hindernisbaan etc. op en om golfterrein. Hieraan kunnen educatieve activiteiten op scholen, of bij ouderenbonden gekoppeld worden. BN'ers zijn slagroom op de taart en fungeren als trekpleister, aanjager en aanwezigheid bij prikkelende acties.

“Eten met aandacht” heeft tot doel bewuster gezond en gezellig met het gezin met aandacht te eten. Het gaat hierbij om het inkopen, klaarmaken en opdienen van het eten. Daarnaast kan een restaurantweek georganiseerd worden: een laagdrempelig bezoek van een restaurant met gezonde voeding voor kinderen. Er wordt gebruik gemaakt van lokale seizoensproducten. Het menu moet ook thuis gemaakt kunnen worden. In het plan zou dit een jaarlijks terugkerend evenement kunnen worden, bijvoorbeeld tijdens de Week van de Smaak en de Voeding van het Voedingscentrum. Tenslotte zouden de recepten kunnen worden gebundeld in een gezond “Land van Heusden en Altena” kookboek.

Naast deze projecten zijn er in de afzonderlijke gemeenten al lopende projecten en activiteiten gericht op voeding en beweging. Deze worden voortgezet. Een voorbeeld hiervan is Lekker Fit, een lesprogramma van de GGD, dat op diverse scholen wordt uitgevoerd. In Woudrichem is dit programma in samenwerking met Hak uitgebouwd tot Expeditie Lekker Fit, een driejarig programma, waarin ook kooklessen, supermarktbezoek en de Gezonde Quiz zijn meegenomen.



In alle gemeenten zijn buurtsportcoaches actief. Deze zorgen voor een breed en gevarieerd aanbod voor sport en bewegen en stimuleren deelname daaraan. Hierbij wordt nauw samengewerkt met basisscholen, buitenschoolse opvang en sportverenigingen. Daarnaast is er een sportcoach aangepast sporten aangesteld, die sportorganisaties en mensen met een beperking ondersteunt bij aangepast sporten. Deze is aangesteld naar aanleiding van het onderzoek sport en gehandicapten dat in de drie gemeenten is uitgevoerd. Tenslotte wordt het bestaande beweegaanbod voor ouderen gehandhaafd en waar mogelijk uitgebreid. Dit gebeurt in samenwerking met welzijnsorganisaties.

5.4 Overige thema's

In de komende periode zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar de thema's die door de inwoners van het Lvha zijn geprioriteerd namelijk Alcohol, overgewicht en eenzaamheid. Hieronder worden de andere thema's uitgewerkt, die op een later moment opgepakt worden.

5.4.1 Gezinsproblematiek

De meeste kinderen (95%) leven in een twee oudergezin. 2% leeft in een samengesteld en 3% in een eenoudergezin. Van de gezinnen heeft 15 % momenteel problemen met één of meer ingrijpende gebeurtenissen. Dit betreft vooral overlijden, echtscheiding of financiële problemen. 5% van de kinderen leeft in een gezin waarbij er door geldgebrek een risico kan ontstaan voor de gezondheid of het welbevinden van het kind.

40 % van de ouders ervaren problemen bij de opvoeding van hun kind. Zij benoemen vooral problemen bij het luisteren, gehoorzamen, het stellen van grenzen en problemen met de ontwikkeling. Een kwart van de ouders geeft aan bovengemiddelde stress te ervaren bij het opvoeden.

In sommige gezinnen is er op meerdere fronten het nodige aan de hand. De ouders hebben individuele problemen, zoals financiële problemen of problemen met de geestelijke of lichamelijke gezondheid. Daarnaast kunnen zich problemen in de onderlinge verhoudingen in een gezin voordoen. Hierdoor zijn

de ouders soms niet meer voldoende in staat hun ouderrol goed in te vullen. Opvoedingsproblemen, verwaarlozing, schoolverzuim en gedragsproblemen bij kinderen kunnen hier een gevolg van zijn. Ook kan een kind bijvoorbeeld gezondheids-, leer-, of gedragsproblemen hebben die van invloed zijn op de verhoudingen binnen een gezin. Het is van belang om (de oorzaak van) de problemen tijdig en integraal aan te pakken, zodat problemen niet onnodig escaleren.

Het thema gezinsproblematiek werd na alcohol, overgewicht en eenzaamheid als hoogste geprioriteerd door de burgers en bij de professionals stond gezinsproblematiek zelfs in de top drie. Het is dus een thema dat erg leeft onder burgers en professionals van de drie gemeenten en wat zeker onze aandacht heeft.

Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

Het CJG is een plek waar ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals terecht kunnen met al hun vragen over opvoeden en opgroeien. Er zijn in de drie gemeenten verschillende fysieke inlooppunten gerealiseerd waar men terecht kan met kleine en grote vragen. Daarnaast hebben de CJG's van de gemeenten een website. Binnen de CJG's vinden er ook casuïstiekoverleggen plaats waar jongeren en gezinnen worden besproken.

Naast de Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeenten Aalburg en Werkendam/Woudrichem zijn er verschillende instrumenten waarmee we proberen de jeugd zo goed mogelijk in beeld te hebben en te houden.

Elektronisch Kinddossier

Het EKD is de elektronische versie van het papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet (meer)voor onderzoek komen. Het gebruik van het EKD is sinds 2010 verplicht.

Zorg voor Jeugd

De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) is tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van Jeugd en gezin. Met de VIR worden risicosignalen van hulpverleners over jongeren, uit heel Nederland, bij elkaar gebracht. Zo kunnen hulpverleners eenvoudig en in een vroegtijdig stadium contact met elkaar opnemen voor betere hulp aan de jongere, ook al is deze verhuisd. De VIR moet ervoor zorgen dat de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen instanties verbetert. Van beroepskrachten (in jeugdgezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, veiligheid, werk en inkomen) wordt verwacht dat zij een melding doen als zij bij een jeugdige problemen vaststellen die een risico vormen voor diens ontwikkeling. De afweging om wel of niet te melden dient bij voorkeur gebaseerd te zijn op kwalitatief goede meldcodes, richtlijnen en protocollen.

Binnen gemeenten zijn duidelijke, sluitende afspraken gemaakt te worden over wie de zorgcoördinatie voert over de hulpverlening. De gemeenten zien erop toe dat er daadwerkelijk actie wordt ondernomen. In onze gemeenten zijn we aangesloten op het signaleringssysteem 'Zorg voor Jeugd' dat per 1 juli 2010 is aangehaakt aan de VIR.

5.4.2 Roken

Een op de zes kinderen van 0 t/m 11 jaar wordt in huis bloot gesteld aan (sigaretten)rook. Bij jongeren is dit een op de vier. Gemiddeld rookt 85 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar niet. Onder de volwassenen daalt het rookgedrag maar rookt nog steeds 20 %. Bij ouderen is dit 15 %.

Door de drie gemeenteraden is roken aangeduid als belangrijk speerpunt in het gezondheidsbeleid. Landelijk worden veel maatregelen getroffen om het roken tegen te gaan, zoals het rookverbod in de horeca en accijnsverhoging. Gemeenten kunnen aanvullend hierop preventieve voorlichting organiseren. Dit zal in overleg met scholen en andere intermediairs opgezet worden, waarbij dit gecombineerd kan worden met andere voorlichtingsactiviteiten voor bijvoorbeeld drugs.

Het beleidsdoel voor dit thema is het voorkomen dat jongeren gaan roken.

5.4.3 *Drugs*

Een op de 12 jongeren heeft wel eens drugs gebruikt. Dit gaat voornamelijk over cannabisgebruik. Nauwkeurige gemeentelijke gegevens over het drugsgebruik zijn niet beschikbaar.

Ook drugsgebruik kan leiden tot gezondheidsschade. Er zijn verschillende soorten soft- en harddrugs te onderscheiden. Denk hierbij aan Cannabis, Hasj, Cocaïne, heroïne, GHB, XTC, paddo's etc. Hoewel alcohol de meest zorgwekkende drugs is, mag het gebruik van deze vormen van drugs niet onderschat worden. De komende jaren zullen ook preventieactiviteiten op dit terrein worden voortgezet op de scholen, sportverenigingen, kerken etc. We werken hierin ondermeer samen met onze partners GGD West Brabant, Novadic-Kentron en stichting De Hoop. Ook vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin kan informatie worden gegeven betreffende drugs.

Het centrale beleidsdoel voor dit thema is enerzijds het voorkomen dat jongeren drugs gaan gebruiken, en anderzijds het inzetten van hulpverlening bij signalen van drugsgebruik. Vanuit het beleidsveld veiligheid wordt ook ingezet op het voorkomen van overlast als gevolg van drugsgebruik.

5.4.4 *Schoolverzuim*

Een leerling die niet op school is tijdens de lessen die hij moet volgen verzuimt van school. Soms heeft hij daarvoor een geldige reden bijvoorbeeld ziekte of afwezigheid met toestemming. Dit heet geoorloofd verzuim. Bij het ontbreken van een geldige reden heet het ongeoorloofd verzuim, ofwel spijbelen. De school bepaalt of er sprake is van een geldige of ongeldige reden voor verzuim.

Risico's schoolverzuim

Verzuim kan leiden tot leerachterstanden, wat vervolgens kan leiden tot uitstroom naar een lager onderwijsniveau of het niet behalen van een startkwalificatie. Ook kan het verzuim invloed hebben op de omgang met klasgenoten en op de zelfstandigheid en het oplossend vermogen van de jongere.

Schoolverzuim is een signaal

Achter schoolverzuim schuilen vaak andere problemen. Bijvoorbeeld een onrustige thuissituatie of leer- en motivatieproblemen. Leerlingen kunnen ook lichamelijke klachten hebben veroorzaakt door stress of leefstijl.

De aanpak van ongeoorloofd verzuim is bij wet geregeld. Voor de aanpak van geoorloofd verzuim is afgesproken dat de school de leerling na vier weken meldt bij de leerplichtambtenaar. In de tussentijdse periode moeten betrokken partijen zelf aan de slag! Bundeling van de krachten van de jongere, zijn ouders/verzorgers en professional versterkt de aanpak. Systematisch aandacht en zorg besteden aan de ziek gemelde jongere en de inzet van ziekteverzuimbegeleiding werkt preventief.

Uit de gezondheidsmonitor van de GGD West-Brabant blijkt dat een op de acht jongeren van 12 t/m 18 jaar de afgelopen vier weken gespijbeld heeft. Dit is meer dan gemiddeld in West-Brabant. Een kwart van deze jongeren heeft de afgelopen 4 weken verzuimd van school. Het gezondheidsdoel bij dit thema is het zoveel mogelijk beperken van schoolverzuim.

5.4.5 *Depressie*

Bijna alle kinderen voelen zich vrolijk. Depressie komt nauwelijks voor. 3% van de jongeren voelt zich somber. Een derde van de volwassenen heeft een (matig tot hoog) risico op het ontwikkelen van een angststoornis of depressie. Bij ouderen heeft de helft een verhoogd risico op depressie.

Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen beschermen tegen depressie. Preventie richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen, waardoor de kans op depressie afneemt.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Het voorkomen van depressies door het inzetten van preventieve programma's en het bestrijden van depressies door het bevorderen van vroegsignalering en het verlagen van de drempel voor de hulpvraag.

5.4.6 *Maatschappelijke opvang*

Maatschappelijke opvang is tijdens het 1^e burgerpanel als thema geagendeerd door een inwoner.

Maatschappelijk opvang is als wettelijke taak opgenomen in de Wmo, waarin de bevoegdheid voor het beleid is neergelegd bij de centrumgemeente Breda. Deze stelt het beleid op, in samenspraak met de regio-gemeenten; dit onder de noemer van het Stedelijk Kompas. Centraal doel hierbij is het voorkomen van dakloosheid, en waar het toch optreedt binnen 24 uur passende opvang te realiseren.

Het bieden van opvang is een verantwoordelijkheid voor alleen de centrumgemeente. Een opvanglocatie kan wel decentraal, met instemming van de betreffende gemeente, gerealiseerd worden. Alle gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk voor de preventie van dakloosheid en de nazorg. Door een convenant met woningcorporaties en het maatschappelijk werk wordt hieraan invulling gegeven. Deze wordt in 2013 geëvalueerd. Daarnaast wordt in vervolg op onderzoek van de drie wmo-adviesraden beoordeeld of aanpassing van het beleid noodzakelijk is. Er zijn namelijk signalen dat er onvoldoende opvangplaatsen beschikbaar zijn, en deze vaak niet bereikbaar zijn.

Maatschappelijk opvang valt primair onder het Wmo-beleid. In deze nota wordt het dan ook niet verder uitgewerkt.

5.4.7 *Internetverslaving*

Internetgebruik begint op jonge leeftijd. Kinderen van 4 t/m 11 jaar zitten gemiddeld ruim 80 minuten per week op internet. Een op de twintig ouders geven aan nooit mee te kijken met het internetgebruik. De helft van de jongeren van 12 t/m 18 jaar bezoekt dagelijks social media sites. Een op de 25 jongeren geeft aan internetverslaafd te zijn. Een op de 12 jongeren gamen dagelijks online en een op de 7 winkelt, surft of zoekt dagelijks informatie. Een op de 20 jongeren is het afgelopen jaar digitaal gepest.

Het gebruik van internet is inmiddels doorgedrongen tot het dagelijks leven van mensen. Uit onderzoek (Van Rooij & Van den Eijnden, 2007) komt naar voren dat bijna alle scholieren in Nederland toegang hebben tot internet. Onderzoek van E-movo laat zien dat 7% van de jongeren een internetverslaving heeft en 30% van de jongeren zit meer dan 15 uur per week privé op internet zit. De internetverslaving heeft betrekking op het bezoek aan diverse sociale media sites en gaming.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Meer inzicht krijgen in cijfers over internetverslaving in het Lvha en onderzoeken welke interventies passend zijn om internetverslaving te bestrijden en voorkomen. Er zijn op dit moment geen lokale gegevens over dit thema bekend.

5.4.8 *Gehoorbeschadiging*

Jongeren worden in meer of mindere mate blootgesteld aan vrijetijdslawaai. Onder vrijetijdslawaai valt bijvoorbeeld het geluid in discotheken, festivals, concerten en van mp3- spelers. Door blootstelling

aan deze geluiden lopen jongeren een verhoogd risico op permanente gehoorschade. Er zijn landelijke cijfers beschikbaar over gehoorschade door vrijetijdslawaai. Een groot deel van de bevolking loopt risico op gehoorschade en heeft last van het gehoor. Er is een toename van 84% in 2010 naar 90 % in 2012. Dit is een duidelijke stijging. Dat terwijl de helft van de bevolking denkt dat gehoorbescherming niet nodig is. Voor onze gemeenten zijn geen lokale gegevens bekend.

Aandacht voor preventie van gehoorschade is daarom belangrijk, omdat zo getracht wordt gehoorschade te voorkomen of zo veel mogelijk te beperken. De doelstelling kan als volgt geformuleerd worden:

“preventieve maatregelen nemen om gehoorbeschadiging bij jongeren in de leeftijd van 13 tot 21 te voorkomen en zoveel mogelijk te beperken, door aan te sluiten bij landelijke voorlichtingscampagnes”

6 Uitvoering van het beleid

6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma

Zoals eerder geconcludeerd is een vierjarig uitvoeringsprogramma niet flexibel genoeg om in te kunnen spelen op veranderende omstandigheden. Daarom is ervoor gekozen in de nota gezondheidsbeleid in algemene zin aan te geven welke activiteiten uitgevoerd zullen worden, op welke thema's. De algemene doelstellingen per thema zijn ook benoemd in de nota.

Aan de nota worden jaarlijkse uitvoeringsprogramma's gekoppeld, die door de colleges van B&W vastgesteld zullen worden en ter kennisname naar de gemeenteraden worden gestuurd. Het uitvoeringsprogramma is voor een groot deel gebaseerd op de uitkomsten van het participatietraject. Daarnaast zullen ook projecten en activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd worden op initiatief van de gemeenten zelf.

In tegenstelling tot de voorgaande jaren, is het de bedoeling om de uitvoering van de nota waar mogelijk gezamenlijk op te pakken, waarbij iedere gemeente voor een aantal thema's verantwoordelijk is. Dit bevordert de kwaliteit van het beleid. De thema's worden jaarlijks naar evenredigheid verdeeld over de gemeenten. Een belangrijke voorwaarde hierbij is afstemming tussen de gemeenten. Ambtelijk zal dat periodiek gebeuren, bestuurlijk zal jaarlijks het uitvoeringsprogramma en de evaluatie ervan gezamenlijk besproken worden. In bepaalde gevallen zal lokale uitvoering plaats blijven vinden, met name als er veel raakvlakken zijn met ander lokaal beleid.

6.2 Financieel kader

In het algemeen wordt voor alle gemeenten het beschikbare budget voor gezondheidsbeleid als kader gebruikt. Voor de uitvoering van de nota zijn geen extra middelen nodig. Omdat de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid in de komende jaren per onderwerp zal plaatsvinden voor de drie gemeenten gezamenlijk, worden de kosten van deze projecten verdeeld over de gemeenten op basis van het inwoneraantal.

Tijdens het laatste burgerpanel zijn drie projecten benoemd, die in 2013 uitgevoerd zullen worden en waarbij de prioriteit in eerste instantie ligt. De projecten zijn in hoofdstuk 4 beschreven. Ze zijn ook in het uitvoeringsprogramma 2013 opgenomen. Gedurende het jaar worden de projecten samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en vervolgens uitgevoerd. Hieronder is een globaal aangegeven welke kosten verwacht worden bij de projecten. Gezien de fase waarin de projecten zich bevinden, is slechts een inschatting te maken van de kosten. Voor de projecten is door het burgerpanel een budget toegekend, deze is in onderstaand overzicht meegenomen:

Project	Budget Burgerpanel	Extra benodigd budget	Totaal
Alcoholpreventie	€ 5.000,-	€ 5.000,-	€ 10.000,-
Ga Wandelen	€ 3.000,-	€ 2.000,-	€ 5.000,-
Bewegen met bekenden	€ 2.000,-	€ 2.000,-	€ 4.000,-

Waar mogelijk zullen via subsidies en/of fondsen extra middelen worden aangevraagd voor het gezondheidsbeleid. Ook zal indien mogelijk de samenwerking met ondernemers en organisaties worden versterkt. Hiermee kan een extra impuls worden gegeven aan interactieve projecten.

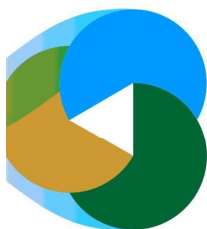
7 Evaluatie

De nota heeft een looptijd van 2013 tot en met 2016. Halverwege de looptijd zal een tussentijdse evaluatie worden uitgevoerd, op basis waarvan (indien nodig) de uitvoering kan worden bijgesteld. Aan het einde van de looptijd, zal de nota geëvalueerd worden.

De werkwijze bij het opstellen van de nota zal ook doorgezet worden bij de evaluatie ervan. Op een interactieve manier zullen inwoners en organisaties in de gelegenheid worden gesteld een bijdrage te leveren aan de evaluatie. Deze heeft dan betrekking op zowel het participatieproces, als de uitvoering van de nota.

Bijlagen
(Zie bijlagenboek)

- Bijlage 1: Evaluatie nota volksgezondheid 2008 – 2012 per gemeente
Bijlage 2: Uittreksel gezondheidsmonitors GGD



GEZOND ALTENA
AALBURG WERKENDAM WOUDRICHEM

Gezond Altena

Nota gezondheidsbeleid Land van Heusden en Altena 2013-
2016

Voorwoord

Voor u ligt de nota gezondheidsbeleid 2013-2016 van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem (vanaf nu de drie gemeenten genoemd). In deze nota kunt u lezen waar de drie gemeenten zich de komende jaren in het kader van het gezondheidsbeleid op willen richten.

Gezondheid is belangrijk voor mensen. Een goede gezondheid draagt bij aan het persoonlijk welbevinden en bij alles wat je in het leven doet. Gezondheid is een groot goed maar tegelijk ook een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk mee te kunnen doen, voor werk en in vrije tijd.

Integraal Gezondheidsbeleid heeft veel facetten en kent veel actoren. Gemeenten kunnen het niet alleen, maar zijn afhankelijk van andere spelers in het veld. Zo spelen onder andere de GGD, welzijnsinstellingen, zorgaanbieders, huisartsen een belangrijke rol, maar ook scholen, ondernemingen kunnen bijdragen aan de bevordering van de gezondheid. De belangrijkste rol is echter weggelegd voor de inwoners zelf. Zij hebben bij uitstek de mogelijkheid hun eigen gezondheid, die van hun kinderen en/of ouders mede te bepalen.

Via een actief participatietraject hebben burgers en deskundigen gezamenlijk mede richting gegeven aan de keuze van de speerpunten zoals deze terug komen in deze beleidsnota. Doel van dit participatietraject was de betrokkenheid en draagvlak van inwoners en deskundigen bij het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's als de doelen en uitvoering van het beleid.

De drie gemeenten willen dan ook iedereen bedanken voor hun bijdrage en hopen elkaar ook in de komende beleidsperiode goed weten te vinden. In het belang van de gezondheid van inwoners van het Land van Heusden en Altena.

De samenwerkende gemeenten

Inhoudopgave

Voorwoord.....	2
Inhoudopgave	3
1 Inleiding.....	4
2 Beleidskader gezondheidsbeleid	5
2.1 Wettelijk kader.....	5
2.2 Visie op gezondheid	6
3 Relaties met andere beleidsvelden	7
4 Proces totstandkoming nota.....	9
4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012	9
4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)	9
4.3 Behandeling drie gemeenteraden.....	10
4.4 Burgerparticipatie.....	10
4.5 Inventarisatie organisaties.....	13
4.6 Conclusie	13
5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016	14
5.1 Alcohol.....	14
5.2 Eenzaamheid.....	16
5.3 Overgewicht	18
5.4 Overige thema's	19
6 Uitvoering van het beleid	24
6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma	24
6.2 Financieel kader	24
7 Evaluatie	25
Bijlagen.....	26

1 Inleiding

Een goede gezondheid is belangrijk. Vraag aan een willekeurig persoon wat hij of zij belangrijk vindt. Vaak zal het antwoord zijn dat hij/zij gezond is en blijft. Een gezonde bevolking vormt 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.

De gemeentelijke overheid heeft een belangrijke taak op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid als het gaat om de collectieve preventie en de maatschappelijke ondersteuning. Het is de taak van de gemeente om samen met alle betrokkenen te werken aan de gezondheid van haar inwoners. Het gezondheidsbeleid zoals in deze nota opgevat, heeft met name betrekking op gezondheidsbevordering. De taak van de gemeente richt zich vooral op het voorkomen van (vermijdbare) ziekten (dit wordt ook wel collectieve preventie genoemd) en op de openbare gezondheidszorg. Echter de verbinding met de andere twee onderdelen (gezondheidsbescherming en curatieve zorg) heeft de aandacht en dan in het bijzonder de relatie met de curatieve zorgsector (eerstelijnszorg).

De nota volksgezondheid 2008-2011 was ook een gezamenlijke nota van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem. In deze nota stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit.

Binnen het speerpunt alcohol en drugs hebben de gemeenten zich gericht op preventie en voorlichtingen rondom genotmiddelen. Hier is onder andere uitvoering aan gegeven door het regionale alcoholmatigingsproject 'Think before you drink', het opstellen van een protocol Alcoholvergiftiging samen met ziekenhuizen en weerbaarheidstrainingen. Voor het speerpunt overgewicht is er voornamelijk ingezet op preventieactiviteiten door projecten als 'Lekker fit', Gezonde Veilige School en sporten voor 55+. Binnen het speerpunt depressie is voornamelijk ingezet op voorlichting en het stimuleren van ontmoetingsactiviteiten voor ouderen middels inlooppunten. Aan het speerpunt Integraliteit is onder andere invulling gegeven door samenwerking met sport combinatiefunctionarissen en jeugdgezondheidszorg.

Een aantal wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van haar burgers. Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van dit wettelijk kader. Hierin is ook de visie van onze gemeenten op het gezondheidsbeleid opgenomen. In hoofdstuk 3 wordt de relatie met andere beleidsvelden toegelicht. Het proces waardoor deze nota tot stand is gekomen wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. De thema's en doelstellingen waar we ons de komende jaren op gaan richten zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de uitvoering van dit gezondheidsbeleid en de financiële consequenties beschreven. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 omschreven hoe de uitvoering van de nota geëvalueerd gaat worden.

2 Beleidskader gezondheidsbeleid

2.1 Wettelijk kader

2.1.1 *Wet Publieke Gezondheid*

Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke hulpvraag. De publieke gezondheidszorg is er altijd voor iedereen en richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en risicogroepen. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan, die met name gericht is op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is.

De traditionele definitie van Publieke Gezondheid is het voorkomen van ziekte, verlenging van de levensverwachting en het bevorderen van gezondheid door georganiseerde inspanningen van de maatschappij. De publieke gezondheidszorg is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten.

Gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de volgende taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg:

- algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering, technische hygiëne zorg, psychosociale hulpverlening bij ongevallen, rampen en ingrijpende gebeurtenissen en medische milieukunde. In de 2e tranche WPG is toegevoegd dat gemeenten zorgdragen voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
- jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5),
- ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a), het betreft het zorgdragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Lokaal zijn er al veel voorzieningen zoals huisartsen, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. De interventies zijn vooral gericht op het verbinden en faciliteren van deze lokale initiatieven. Het vindt zijn uitwerking ook grotendeels in het wmo-beleid.
- infectieziektebestrijding (artikel 6).

Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en laat de Wpg weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van meer gemeentelijke beleidsvrijheid. De keuzes die de gemeente op dit gebied maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens artikel 13 van de Wpg elke vier jaar opstelt. Hierin is aandacht voor gemeentelijke doelstellingen, resultaten en acties die in een bepaalde tijdperiode worden ondernomen. De landelijke prioriteiten uit de landelijke nota worden hierbij in acht genomen. Gemeenten kunnen gemotiveerd afwijken van deze prioriteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de cijfers over gezondheid van de inwoners of lokale omstandigheden.

2.1.2 *Rol van de GGD*

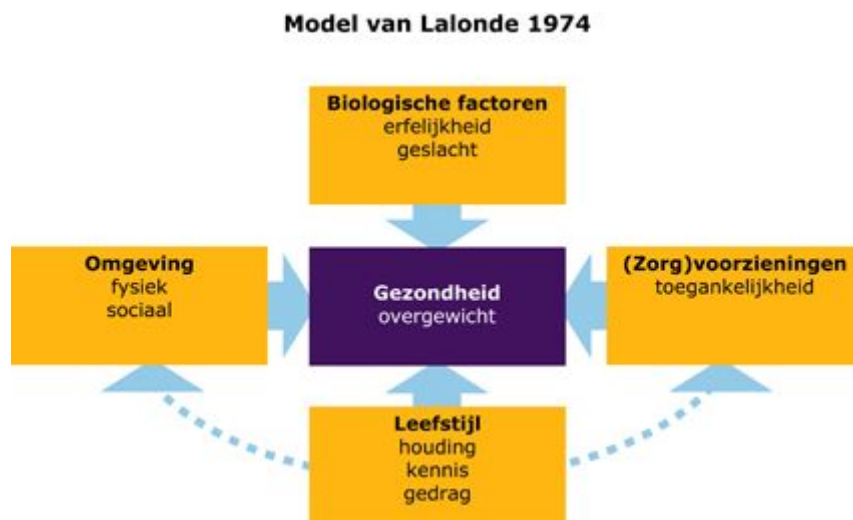
Volgens artikel 14 van de Wpg hebben gemeenten de taak een GGD in stand te houden voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Dat wil overigens niet zeggen dat alleen de GGD deze taken uitvoert; verschillende andere partijen kunnen een belangrijke rol spelen. Daarnaast bevat artikel 16 van de Wpg een bepaling: voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg, vraagt het college van B en W advies aan de GGD.

Naast de Wpg bevatten ook andere wetten voorschriften die (uiteindelijk) gezondheid als doel hebben. Voorbeelden zijn de wet Kinderopvang, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Drank- en horecawet.

2.2 Visie op gezondheid

Gezondheid is een groot goed. Gezonde burgers nemen deel aan de samenleving: zij kunnen leren, werken en voor elkaar zorgen. Gezondheidsbeleid is een investering in de samenleving. Een gezonde gemeente werkt aan een duurzame gezonde toekomst met en voor al haar inwoners.

Gezondheid is een breed begrip. Er is onderscheid tussen de feitelijke gezondheidssituatie en de beleving van de gezondheid door de burgers. Ook mensen met een ziekte of handicap kunnen zich gezond voelen. Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Het is een proces van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, dat wordt beïnvloed door verschillende factoren. Het, al oude, model van Lalonde brengt die factoren nog steeds het meest duidelijk in beeld:



Lokaal gezondheidsbeleid zal moeten aangrijpen bij deze factoren. Dit model van Lalonde maakt ook het belang van integraal werken aan gezondheid duidelijk. Andere beleidsterreinen, zoals sport, jeugd, ruimtelijke inrichting, milieu en Wmo, kunnen in hun beleid gezondheidsdoelen opnemen en zo bijdragen aan een gezonde samenleving. Andersom kunnen gezonde burgers weer een positieve bijdrage leveren aan deze verschillende beleidsterreinen.

Het realiseren van een duurzaam gezonde toekomst voor de inwoners van het Land van Heusden en Altena vraagt om de volgende aanpak:

- burgerkracht inzetten. Met eigen kracht, verantwoordelijkheid, weerbaarheid en basisvaardigheden kunnen burgers gezonde keuzes maken.
- andere beleidsterreinen dienen gezondheid vanzelfsprekend en structureel mee te nemen in hun activiteiten. Bijvoorbeeld door de omgeving zo in te richten dat bewoners worden uitgedaagd tot gezond bewegen.
- samenwerking met andere beleidssectoren, ketenpartners en private partijen.
- toekomstgericht denken: maatregelen van nu hebben invloed op de gezondheid van onze jongeren en hun kinderen.
- voortdurend en flexibel inspelen op maatschappelijke trends en ontwikkelingen.

3 Relaties met andere beleidsvelden

Het gezondheidsbeleid heeft veel raakvlakken met andere beleidsvelden. Op de belangrijkste wordt hieronder nader ingegaan. Deze zijn het wmo-beleid, sportbeleid, het jeugdbeleid en het veiligheidsbeleid. Ook wordt aangegeven welke raakvlakken er zijn met de drie decentralisaties in het sociale domein.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Het centrale doel van de Wmo is mensen in staat te stellen mee te doen in de samenleving. Door preventief gezondheidsbeleid neemt de kans toe dat mensen in staat zijn dit te realiseren zonder ondersteuning door de gemeenten. Immers bij een goede fysieke en mentale gezondheid zijn er minder belemmeringen te participeren in de maatschappij. Prestatieveld 9 van de Wmo gaat over het bestrijden en voorkomen van verslaving. Preventief verslavingsbeleid binnen het domein van de volksgezondheid sluit hierop aan.

Andersom draagt het Wmo-beleid bij aan het bevorderen van de volksgezondheid. Door mensen te ondersteunen om mee te kunnen doen in de samenleving wordt het welbevinden bevorderd. Zo wordt bijvoorbeeld eenzaamheid bestreden. Ook kunnen mensen met behulp van hulpmiddelen hun eigen gezondheid bevorderen.

Jeugdbeleid

Het jeugdbeleid is erop gericht dat jongeren van 0 tot en met 23 zo veilig mogelijk opgroeien tot gezonde en gelukkige volwassenen, die volwaardig meedoen in de samenleving. Het gezondheidsbeleid is voor een groot deel op jongeren gericht, aangezien daar structureel de meeste winst is te behalen. Daarnaast zijn instellingen binnen het jeugdbeleid en de jeugdgezondheidszorg, zoals de GGD, Thebe, maatschappelijk werk en De Vleet, en scholen essentiële uitvoeringspartners in het gezondheidsbeleid.

Sportbeleid

De doelstelling van het sportbeleid is dat alle inwoners van de gemeente, ongeacht hun leeftijd of fysieke gesteldheid, op een verantwoorde, sociale en laagdrempelige wijze, aan enige vorm van bewegen en sportbeoefening kunnen doen. De raakvlakken liggen met name bij het voorkomen en bestrijden van overgewicht. Bewegen en sporten hebben echter ook een positieve invloed op de mentale gezondheid van mensen, bijvoorbeeld doordat mensen weerbaarder worden en gezamenlijke activiteiten bijdragen aan de eenzaamheidsbestrijding.

Veiligheidsbeleid

Een van de speerpunten in het veiligheidsbeleid is 'zorg voor jeugd', waarin de doelstelling is het aandacht blijven geven aan en het onder de aandacht brengen van het (overmatige) gebruik van alcohol en drugs onder de jeugd. Preventief beleid bij alcohol en drugs is eveneens een van de speerpunten in het gezondheidsbeleid.

Decentralisaties

In de komende jaren worden gemeenten verantwoordelijk voor uitvoering van de jeugdzorg, Participatiewet en begeleiding en verzorging uit de AWBZ. Het kabinetsbeleid is daarbij gericht op 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Bij het thema gezinsproblematiek komt deze aanpak terug. Daarnaast kan door preventief gezondheidsbeleid een beroep op voorzieningen en/of ondersteuning in het kader van de nieuwe taken beperkt worden. Met het oog op de geraamde bezuinigingen op de uitvoering van de taken, zijn effectieve preventieve interventies zeer belangrijk. Deze zijn goedkoper en werken langer door dan het bieden van ondersteuning als beperkingen of problemen zich al manifesteren.

Andere beleidsvelden

Integraal gezondheidsbeleid houdt ook in dat er naast het sociale domein, ook in de fysieke omgeving rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten. De inrichting van de fysieke omgeving kan bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid, bijvoorbeeld doordat het beweging meer stimuleert, of het leefmilieu minder belast (bijvoorbeeld geluidsoverlast, luchtverontreiniging). Ook dragen gemeentelijke voorzieningen als riolering en de destructie van kadavers bij aan de volksgezondheid. Aangezien deze gericht zijn op de bescherming van de volksgezondheid en niet op bevordering ervan, worden deze niet verder uitgewerkt.

4 Proces totstandkoming nota

In dit hoofdstuk wordt aangegeven op welke wijze de nota tot stand is gekomen. Omdat hiervoor een vernieuwende manier is gebruikt, wordt er uitgebreid bij stil gestaan. De onderwerpen die van invloed zijn geweest op het proces en de keuze van de inhoudelijke gezondheidsthema's worden hieronder uitgewerkt. Deze zijn achtereenvolgens de nota gezondheidsbeleid 2008-2012, gezondheidsgegevens van de GGD, behandeling in de opiniërende raadsvergaderingen van de drie gemeenten en het participatietraject. Het participatietraject is op een vernieuwende interactieve manier uitgevoerd, waarmee onze gemeenten nog geen ervaring hadden. Het is daardoor gelijk een leerproces geweest, dat we kunnen toepassen op toekomstige trajecten.

4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012

In de nota gezondheidsbeleid 2008 – 2012 stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit. In Woudrichem waren daarnaast nog een drietal lokale speerpunten: gezondheidscentra, ouderenadviseurs en AED's. Het actieprogramma voor de gezamenlijke speerpunten bestonden hoofdzakelijk uit twee pijlers: het vergroten van de bewustwording door voorlichting en activiteiten op scholen en welzijnsinstellingen, en het vroegtijdig signaleren en aanpakken van problemen, door de weerbaarheid en sociale vaardigheden van de jongeren te versterken middels trainingen en cursussen.

De uitvoering van de nota is lokaal in de afzonderlijke gemeenten georganiseerd. Hierdoor zijn er in de uitvoering verschillen ontstaan en zijn verschillende accenten gelegd. Dit is niet altijd effectief en efficiënt gebleken en is niet helder voor de organisaties en inwoners. Aangezien onze gemeenten in de toekomst nog meer zullen samenwerken en een gezamenlijke uitvoering effectiever is, willen we deze nota gezamenlijk uitvoeren, waarbij iedere gemeente een aantal speerpunten voor zijn rekening neemt.

Omdat de uitvoering lokaal is gedaan, en de gemeente Woudrichem lokale speerpunten heeft vastgesteld, zijn uitgebreidere lokale evaluaties opgesteld. Deze zijn in de bijlage bij deze nota opgenomen.

De speerpunten uit de nota 2008 – 2012 zijn nog steeds actueel. Ook in de landelijke nota gezondheidsbeleid worden deze als speerpunten aangemerkt. Daarom zijn deze in de startnotitie die in het najaar van de 2012 in de gemeenteraden is besproken, als thema's meegenomen.

4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)

De GGD onderzoekt jaarlijks de gezondheidssituatie van een bepaalde doelgroep in de gemeenten. Iedere doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen) wordt zo 1x per vier jaar onderzocht. Deze onderzoeken leveren waardevolle informatie over de gezondheidstoestand van de gemeenten en bieden inzicht in ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Doordat alle gemeenten gelijktijdig worden onderzocht, kunnen lokale gegevens afgezet worden tegen regionale gegevens of gegevens van andere gemeenten. Dit geeft een uitstekend referentiekader, waarop de keuzes voor het beleid gebaseerd kunnen worden.

Daarnaast kunnen de monitors gebruikt worden om een indicatie te geven van de effecten van het uitgevoerde beleid. Hierbij moet echter een grote slag om de arm worden gehouden, aangezien veel externe factoren van invloed zijn op de ontwikkelingen. Deze liggen meestal buiten de invloedssfeer van de gemeenten.

Op basis van de GGD-gegevens is geconcludeerd dat voortzetting van de bestaande speerpunten wenselijk is. In de bijlage bij deze nota is een overzicht gegeven van de belangrijkste cijfers.

4.3 Behandeling drie gemeenteraden

In het najaar van 2012 is in de drie afzonderlijke gemeenteraden opiniërend gesproken over de startnotitie voor deze nota. Bij de behandeling in Woudrichem is aangegeven dat roken als speerpunt toegevoegd zou moeten worden. In Werkendam is naast roken ook gehoorbeschadiging als extra thema aangemerkt. In Aalburg tenslotte is geconcludeerd dat depressie en eenzaamheid weliswaar veel raakvlakken hebben, maar dat ze wel gescheiden moeten worden. Depressie is een ziekte/aandoening, eenzaamheid is een sociale omstandigheid. Voor beide is dan ook een andere aanpak nodig.

Op aanraden van de GGD zijn de thema's gezinsproblematiek en schoolverzuim nog toegevoegd. Daarnaast zijn alcohol en drugs als afzonderlijke thema's benoemd, gezien de verschillende aanpak bij beiden. Voor alcoholpreventie loopt bijvoorbeeld het regionale project Think Before You Drink. Voor drugs is er geen regionaal programma. Daarnaast is alcohol vanaf 18 jaar in principe legaal, terwijl drugs dat niet zijn.

4.4 Burgerparticipatie

Kern van het proces is geweest de nota zo interactief mogelijk met inwoners in instellingen op te stellen. Inwoners kregen daarbij een heel belangrijke rol bij het bepalen van de gezondheidsthema's voor de komende jaren. De doelstelling van het participatietraject is de betrokkenheid van inwoners bij en het draagvlak onder inwoners voor het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's, als voor de doelen en uitvoering van het beleid. Binnen de formule Effectiviteit = Kwaliteit x Acceptatie ($E=K \times A$) wordt met name de Acceptatie vergroot.

Hieronder wordt het verloop van de interactieve avonden geschetst. Vervolgens wordt aangegeven op welke wijze de social media hiervoor ingezet zijn.

4.4.1 *Eerste burgerpanel - (prioriteren thema's*

Het eerste burgerpanel (op 3 december 2012) is gestart met de gezondheidsthema's op basis van de bestaande nota, de behandeling in de gemeenteraden, en advies van de GGD. Tijdens de eerste interactieve avond is door een inwoner het onderwerp maatschappelijke opvang als thema naar voren gebracht. Tijdens het eerste burgerpanel waren ongeveer 50 inwoners aanwezig.

De thema's zijn door ambassadeurs via wervende presentaties 'gepromoot' bij het burgerpanel. De ambassadeurs zijn afkomstig van organisaties waar het betreffende thema tot haar kerntaak behoort, en waar veel kennis aanwezig is. Dit betreft de GGD (alcohol en overgewicht), Tremas (gezinsproblematiek), De Vleet (eenzaamheid), Rivas (roken), Altena College (schoolverzuim), Novadic Kentron (drugs), Indigo/GGZ Breburg (depressie), Thebe (overgewicht), de Hoop (internetverslaving) en een Gehoorconsulent (gehoorbeschadiging). De inwoner die maatschappelijke opvang heeft geagendeerd, heeft deze zelf gepresenteerd. Vervolgens hebben de inwoners middels het toewijzen van fictieve budgetten de thema's geprioriteerd. Dit heeft geresulteerd in de hieronder staande rangorde:

Thema	Bedrag
Alcohol	€ 2550
Eenzaamheid	€ 2300
Overgewicht	€ 2250
Gezinsproblematiek	€ 2100
Roken	€ 1700
Drugs	€ 1600
Schoolverzuim	€ 1050
Depressie	€ 950
Maatschappelijke opvang	€ 900
Internetverslaving	€ 700
Gehoorschadiging	€ 500

Op basis van deze uitslag is voor het tweede burgerpanel besloten door te gaan met de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht. Deze thema's krijgen in eerste instantie dan ook de meeste aandacht bij de uitvoering van het beleid. Hierbij is wel duidelijk aangegeven dat aan de andere thema's wel uitvoering gegeven wordt, maar dat dat pas op een later moment en minder intensief (vanuit gezondheidsbeleid) zal gebeuren. Vanuit andere beleidsterreinen kan hierop nog wel steeds ingezet worden.

4.4.2 *Tweede burgerpanel -Van doelen naar acties*

Het tweede burgerpanel is gebruikt om de doelen van het beleid op de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht te benoemen en bij deze doelen acties te bedenken. Hierbij waren ca 80 inwoners aanwezig, waarbij veel aanwezigen op het eerste burgerpanel ook nu weer aanwezig waren. De inhoudelijke begeleiding is door de ambassadeurs, gemeenten en andere deskundigen gedaan.

Uit ervaringen van een andere gemeente (Laarbeek) is gebleken dat het voor inwoners heel moeilijk is doelen te formuleren. Daarom is ervoor gekozen vooraf doelen te formuleren en deze voor te leggen aan de inwoners. Deze konden zich vinden in de gestelde doelen. De geformuleerde doelen komen in hoofdstuk 5 terug.

Door middel van brainstormtechnieken zijn vervolgens door de inwoners gezamenlijk plannen bedacht waarmee de doelen bereikt kunnen worden. Hieruit zijn diverse acties naar voren gekomen die de inwoners geschikt achten voor uitvoering. Ambtelijk zijn de voorgestelde plannen beoordeeld op haarbaarheid. Dit heeft geleid tot 8 plannen die verder uitgewerkt konden worden. Een aantal andere acties zijn als onhaalbaar bestempeld omdat ze te complex waren, of niet vanuit het oogpunt van gezondheidbevordering bedacht waren. Andere plannen konden samengevoegd worden, of bestonden al.



4.4.3 *Derde burgerpanel (uitwerken acties en voteren budget)*

Het doel van het derde burgerpanel, waar weer ca. 80 personen aanwezig waren, was de 8 geselecteerde plannen verder uit te werken, en door een jury en inwoners hiervoor budgetten toe te laten kennen.

Het uitwerken van de 8 plannen is gedaan onder begeleiding van de ambassadeurs en andere deskundigen. Vervolgens zijn deze gepresenteerd aan de jury, bestaande uit drie portefeuillehouders en drie inwoners. De beoordeling heeft plaats gevonden op basis van de criteria: creativiteit, competitie-element, bereik, inwonerbetrokkenheid, realistisch budget en zichtbaarheid in de

gemeenten. De jury heeft punten toegekend, waarna de inwoners via een stemming de top 3 hebben bepaald, op basis waarvan de projecten in aanmerking komen voor een bepaald uitvoeringsbudget.

Dit heeft erin geresulteerd dat de volgende plannen als eerste uitgevoerd zullen worden, samen met de inwoners en betrokken organisaties, met inzet van het toegekende budget:

1. Preventieprogramma alcohol € 5.000,-
2. Ga wandelen (eenzaamheid) € 3.000,-
3. Bewegen met bekenden (overgewicht) € 2.000,-



De budgetten zijn beschikbaar gesteld vanuit de middelen voor gezondheidsbeleid.

De overige projecten zullen waar mogelijk ook uitgevoerd worden, de eerste focus zal echter liggen bij bovenstaande projecten.

4.4.4 Inzet social media

Onder de noemer Gezond Altena is bij het participatietraject ook gebruik gemaakt van social media: Facebook en Twitter. Hierop zijn berichten geplaatst en zijn de bijeenkomsten aangekondigd. Het blijkt lastig te zijn een publiek op Facebook op te bouwen; en op deze manier meer inwoners te bereiken. Veel inwoners participeren liever in bijeenkomsten. Het aankondigen van de bijeenkomsten op Twitter heeft naar onze indruk wel de nodige aandacht gegenereerd. Dit is echter niet gemeten.

Ter voorbereiding van het participatietraject is gesproken met jongeren uit onze gemeenten. Tijdens dit gesprek bleek dat het niet haalbaar was bij het opstellen van de nota een geschikte benadering van de jongeren via social media op te zetten. Dit zit in de specifieke benaderingswijze van jongeren die nodig is. Wel willen we de komende periode jongeren betrekken bij het gezondheidsbeleid. Om een geschikte methode te ontwikkelen is van Zon MW een subsidie van € 15.000,- ontvangen. Deze wordt via de GGD en de academische werkplaats van de universiteit Tilburg ingezet. Het onderzoek richt zich specifiek op ons gebied en zal door middel van focusgroepen plaatsvinden. De resultaten worden half mei verwacht.

Overigens zijn bij de burgerpanels ook jongeren aanwezig geweest, zodat deze doelgroep in deze fase wel inbreng heeft gehad.



Facebook: [Gezond Altena](#)

Twitter: [@gezondaltena](#)

LinkedIn: [Gezond Altena](#)

4.5 Inventarisatie organisaties

Relevante organisaties als maatschappelijk werk, scholen, GGD, enz. zijn in de gelegenheid gesteld schriftelijk prioriteiten aan te geven en hun wensen en behoefte aan te geven. Ook is gevraagd wat zij zelf kunnen bijdragen op de verschillende thema's.

Opvallend is dat gezinsproblematiek door de organisaties als het belangrijkste thema is aangeduid. De thema's overgewicht en alcohol zijn daarnaast de belangrijkste thema's voor organisaties. Eenzaamheid komt minder prominent naar voren; dit wordt meer als sociaal probleem ervaren. Omdat in het kader van de burgerparticipatie de mening van inwoners leidend is, is eenzaamheid toch als thema gehandhaafd in het verdere traject. In de uitvoering van het beleid krijgt gezinsproblematiek, naast de drie andere thema's een prominente plaats. Dit heeft veel raakvlakken met het Centrum voor Jeugd en Gezin en de komende decentralisaties.

De rode draad in de inventarisatie onder organisaties is de nadruk op voorlichting, preventie en vroegsignalering. De organisaties benadrukken het belang van het betrekken van de ouders hierbij. Daarnaast wordt ook veelvuldig aangegeven dat organisaties (en inwoners) samen moeten werken om de doelen te bereiken en een integrale aanpak moeten nastreven. Deze elementen worden meegenomen in het uitvoeringsprogramma.

De meeste organisaties hebben aangegeven een bijdrage te willen en kunnen leveren op het gezondheidsbeleid. Op basis van hun opgave, zullen ze bij de uitvoering van het beleid betrokken worden.

4.6 Conclusie

Het participatieproces heeft een zinvolle bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de nota en het uitvoeringsprogramma. Het draagvlak is vergroot en er zijn vanuit de inwoners creatieve projecten bedacht. Het momentum dat hierbij is ontstaan biedt kansen voor een participatieve uitvoering van de nota. Deze willen we dan ook zeker vasthouden.

De inzet van social media zal hiervoor verder uitgebouwd worden, met behulp van een onderbouwde methode. Hiermee worden vooral jongeren nauwer betrokken bij het gezondheidsbeleid in onze gemeenten.

5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016

Op basis van het hiervoor beschreven proces zijn de thema's voor het gezondheidsbeleid in de komende jaren bepaald. Deze worden in dit hoofdstuk uitwerkt, waarbij steeds de bestaande situatie wordt beschreven, de doelen van het beleid en de activiteiten die we daarvoor uitvoeren. De thema's worden op volgorde van prioriteren door het burgerpanel behandeld.

5.1 Alcohol

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

5.1.1 *Omschrijving lokale situatie*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat 2 tot 5 % van de kinderen jonger dan 12 jaar wel eens alcohol heeft gedronken. Een kwart van de jongeren van 12 t/m 18 jaar is een bingedrinker (5 glazen of meer per gelegenheid) wat lager is dan gemiddeld in West-Brabant. 10 tot 16 % van de jongeren geeft aan afgelopen maand dronken te zijn geweest.

Bijna alle ouders in het Land van Heusden & Altena vinden dat jongeren pas vanaf 18 jaar alcohol mogen drinken. Dit is hoger dan gemiddeld in West-Brabant. In onze gemeenten wordt minder alcohol gedronken door de volwassenen en ouderen bevolking dan gemiddeld in West-Brabant maar gemiddeld voldoet nog steeds 1 op de 3 tot 4 volwassenen niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik.

5.1.2 *Wat willen we bereiken?*

De doelen op het thema alcohol zijn:

1. Alcoholgebruik onder de 18 jaar voorkomen.
2. Hoe voorkomen we dat jongeren 'los' gaan zodra ze 18 jaar zijn geworden (en dus alcohol mogen drinken)
3. Hoe zorg je ervoor dat er geen alcohol meer verkocht wordt aan jongeren?

5.1.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende interactieve bijeenkomsten van het burgerpanel eind 2012 en begin 2013 zijn er verschillende projectideeën door burgers en professionals gezamenlijk uitgewerkt. Het projectidee 'voorlichting / preventie alcohol' met als doel het alcoholgebruik onder de 16 jaar terug te dringen kreeg tijdens de laatste burgerpanel de meeste stemmen van de jury, burgers en professionals. Er is aan dit project een bedrag van € 5000.- toegekend.

De bedoeling van het projectidee is om visueel aan jongeren de schadelijke gevolgen van drankgebruik duidelijk te maken. Verder wordt er gezocht naar rolmodellen in de gemeenten die de boodschap om alcohol te beperken op een positieve manier uitdragen, hierbij kan gedacht worden aan bekende sporters. Naast dit winnende idee zijn er meer ideeën aangedragen waar we in een later stadium mee aan de slag gaan.

Projectideeën die naar voren kwamen tijdens het burgerpanel zijn:

- Registratiekaart (chipkaart) alcoholgebruik
- Social marketing

- Alcohollokkers zoals breezers uit de supermarkten
- Scherpere controle en sancties
- Verandering van denken bij ouders
- Alcohol anders
- Doorgaande lijn van voorlichting van -9 mnd tot 23 jaar.

Samen met jeugd, ouders, scholen, kerken, sportverenigingen, Centra voor Jeugd en Gezin, GGD, Novadic-Kentron, De Hoop, bedrijfsleven etc. gaan we aan de slag om het project verder vorm te geven. Via de scholen worden informatieavonden opgezet waarin ouders en jeugd een belangrijke rol vervullen. De burgers gaan samen met de professionals aan de slag om de schadelijke gevolgen op een duidelijke aansprekende manier onder de aandacht te brengen.

Naast de projectideeën is er ook het regionale alcoholmatigingsprogramma 'Think before you drink'

Think before you drink

Sinds 2009 werken de 18 gemeenten in West Brabant, Novadic-Kentron en projectleider GGD West Brabant samen met vele andere (regionale) partijen en organisaties aan de volgende twee hoofddoelstellingen.

1. Géén alcoholgebruik door jongeren onder de 18 jaar
2. Géén overmatig alcoholgebruik door jongeren vanaf 18 jaar



Deze hoofddoelstellingen sluiten perfect aan bij de uitkomsten van het burgerpanel.

Jongeren en alcohol

Bij alle 18 gemeenten (waaronder de gemeenten Aalburg, Woudrichem en Werkendam) is alcoholpreventie onder jongeren een speerpunt in de nota gezondheidsbeleid en is het een aandachtspunt bij de aanpak van integrale veiligheid. Het thema jongeren en alcohol heeft ook raakvlakken met jeugdbeleid, sportbeleid, opvoedingsondersteuning, verslavingspreventie en horecabeleid. Gezamenlijk optrekken bij de integrale aanpak van alcoholgebruik onder jongeren is dus essentieel.

Projectleiding

De 18 gemeenten in de regio West Brabant hebben de GGD West Brabant opdracht gegeven om samen met partners uit het veld de problemen rondom alcoholgebruik onder jongeren aan te pakken. De GGD West Brabant vervult de rol van projectleider van 'Think before you drink'.

Stuurgroep

Het project 'Think before you drink' wordt aangestuurd door een regionale Stuurgroep, zij is verantwoordelijk voor het uitzetten van de grote lijnen van het project en voor de bewaking van de financiën. Deze Stuurgroep bestaat uit portefeuillehouders volksgezondheid uit de regio, een manager van de GGD West Brabant, een adviseur van Novadic-Kentron en de projectleider van de GGD West Brabant. De voorzitter van de Stuurgroep is de portefeuillehouder van de gemeente Drimmelen. De Stuurgroep rapporteert regelmatig over de voortgang van het project in het portefeuillehouderoverleg volksgezondheid in de regio West Brabant. Verder wordt er één keer per kwartaal een nieuwsbrief uitgebracht met daarin de belangrijkste activiteiten.

Nieuwe Drank-en Horecawet

Op 1 januari 2013 is de nieuwe Drank- en Horecawet ingegaan. In de nieuwe wet zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze alcohol in bezit hebben, zowel in de kroeg als op de openbare weg. Verkopers van alcohol die in 12 maanden tijd 3 keer worden betrapt op verboden verkoop, verliezen (tijdelijk) hun vergunning. De handhaving van de wet gaat over naar de gemeenten en kan

daarmee gericht worden ingezet. De gemeenten hebben ieder een kwartiermaker aangewezen die de invoering van de nieuwe wet zal coördineren.

Wat gaat er veranderen?

- In het kader van het streven naar reductie van de administratieve lasten wordt het vergunningsstelsel zodanig aangepast dat er minder frequent een nieuwe vergunning aangevraagd hoeft te worden;
- De burgemeester wordt, ter vervanging van het college van burgemeester en wethouders, in medebewind belast met de uitvoering van de Drank- en Horecawet;
- De gemeenteraad moet een verordening opstellen, waarbij zowel aspecten van oneerlijke mededinging als de bescherming van de jeugd moeten worden meegewogen;
- Gemeenten krijgen meer mogelijkheden om op lokaal niveau beter invulling te geven aan het alcoholbeleid, met name om overmatig alcoholgebruik onder jongeren tegen te gaan;
- Er zijn sancties opgenomen voor niet-vergunningsplichtige detailhandelaren die voor de derde keer in één jaar zwakalcoholische dranken verkopen aan jongeren onder de zestien jaar;
- Jongeren onder de zestien jaar die alcoholhoudende drank aanwezig hebben of voor consumptie gereed hebben op voor het publiek toegankelijke plaatsen (openbare weg en horecabedrijven) worden strafbaar gesteld;
- Het toezicht op de Drank- en Horecawet wordt gedecentraliseerd van het rijk naar de gemeenten.

Verhoging leeftijdsgrens alcohol

De verhoging van de leeftijd waarop alcohol mag worden verkocht gaat van 16 naar 18 jaar. Een grote meerderheid van de Tweede Kamer staat achter het initiatiefwetsvoorstel dat onlangs is behandeld. Mogelijk wordt het nog dit jaar verboden om alcoholhoudende drank te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. De nieuwe wet maakt ook het bezit van alcohol op straat en in de horeca strafbaar voor 18-minners. We houden de ontwikkelingen hieromtrent in de gaten en zullen uiteraard inspelen op veranderingen.

5.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor psychische ongezondheid. Om eenzaamheid te voorkomen, is een sociaal netwerk voor (kwetsbare) mensen van groot belang. Een netwerk van vrienden en familie betekent dat het makkelijker wordt iemand iets te vragen. Hoe groter het sociale netwerk, des te groter de hoeveelheid verkregen steun, de tevredenheid hiermee en de mate van steun die mensen verwachten te krijgen als het nodig is. Sociale steun heeft ook preventieve gevolgen voor de gezondheid. Zo beschermt sociale steun tegen het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Bij het burgerpanel scoorde het thema eenzaamheid hoog op de prioriteitenlijst. Het panel van deskundigen dacht daar anders over. Een verklaring hiervoor is dat eenzaamheid als sociaal probleem wordt gezien en niet als gezondheidsprobleem. Mogelijk dat de lagere score ook komt doordat vanuit scholen veel reacties zijn gekomen bij het panel van deskundigen. Een aantal knelpunten sprong tijdens het burgerpanel eruit:

“Problemen worden in het gewone dagelijkse leven vaak onnodig ‘laat’ of helemaal niet gesignaleerd, doordat partijen onvoldoende met elkaar communiceren.”

“Mensen moeten meer gewezen worden op hun eigen verantwoordelijkheid en meer gestimuleerd worden om eigen verantwoordelijkheid te nemen.”

5.2.1 Omschrijving lokale situatie

Eenzaamheid komt bij alle leeftijdsgroepen voor maar neemt toe naarmate men ouder wordt. Een op de drie volwassenen geeft aan eenzaam te zijn, bij ouderen is dit een op de twee. Ernstig eenzaamheid komt minder voor, dit is 4 – 7 % bij volwassenen en 6 – 9 % bij ouderen in onze gemeenten.

5.2.2 *Wat willen we bereiken?*

De hoofddoelstellingen waar we ons de komende jaren dan ook op willen richten zijn:

1. Burgers bewust laten worden van het bestaan van eenzaamheid en hen inzicht geven in hun mogelijke rol gericht op het bevorderen van participatie
2. Investeren in de sociale samenhang en vaardigheden van inwoners om een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden
3. Stimuleren van verbindingen tussen inwoners en organisaties om eenzaamheidssituaties vroegtijdig te signaleren en op te lossen

5.2.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende burgerpanels zijn door inwoners een aantal projecten aangedragen en uitgewerkt. Deze projecten zijn gericht op de bovenstaande drie doelstellingen.

Mensen die eenzaam zijn vinden het vaak moeilijk om hiermee naar voren te komen. Goede voorlichting en informatie over dit onderwerp zijn dan ook essentieel om inwoners bewust te maken van het bestaan van eenzaamheid. Een activiteit gericht op bewustwording van eenzaamheid van inwoners is het project 'Ga wandelen'. Sport en bewegen dragen bij aan zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid. Naast het mobiliseren van mensen om te bewegen leent een wandeltocht door het LvhA zich ook voor het leggen van contacten en het opbouwen van een netwerk.

Bewustwording dat eenzaamheid bestaat is noodzakelijk voor de aanpak van eenzaamheid. Een volgende stap om eenzaamheid aan te pakken en meer deel te nemen aan de samenleving is het deelnemen aan bepaalde activiteiten. Net als bewegen is ook eten belangrijk om fit te blijven. De meeste volwassenen en ouderen wonen zelfstandig en eten thuis. Ziekte of eenzaamheid kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder of minder goed eten. Hierdoor vergroot het risico op ondervoeding. Lokale initiatieven kunnen bijdragen aan beter sociaal en fysiek welbevinden. Hier wordt verder uitwerking aan gegeven door het project 'Gezamenlijk eten'. Hier worden er voor en door inwoners (vrijwilligers) diners georganiseerd bij de mensen thuis, waarmee wordt getracht mensen uit hun isolement te trekken en contacten te leggen. Daarnaast wordt via het project 'Digitale opmars niet meer te stuiten' geïnvesteerd in de sociale vaardigheden van inwoners om een netwerk op te bouwen, door middel van het geven van computerlessen voor en door ouderen.



Het is belangrijk dat bij ontwikkeling van beleid en bij de aanpak van eenzaamheid samenwerking met relevante organisaties en vertegenwoordigers van doelgroepen is. Aandacht en luisteren naar de ander staat hierin centraal. Tijdens de burgerpanels is hier invulling aan gegeven door het project 'Vertel eens'. In dit project schrijven mensen gedichten over hun levensloop aangespoord door vrijwilligers. Aandacht en contact kan iemand uit zijn isolement halen en maakt anderen bewust van het bestaan van eenzaamheid.

Naast bovenstaande projecten zijn er ook bestaande lokale initiatieven. Zo worden in Werkendam en Woudrichem activerende huisbezoeken afgelegd bij 80- plussers. Tijdens de huisbezoeken wordt aan ouderen informatie gegeven over voorzieningen en activiteiten. Vooral op het vlak van woning, vervoer, huishoudelijke verzorging en thuiszorg blijkt een grote behoefte aan hulp te zijn. Op het gebied van aanbod van activiteiten liggen er voor de gemeente dus zeker mogelijkheden. Hierbij kan gedacht worden aan de seniorenwijzer, het loket Altena, de inlooppunten en de mantelzorgwijzer. Deze initiatieven richten zich op de ouderengezondheidszorg. Het blijkt dat deze mogelijkheden bij een groot deel van de ondervraagden (50-75%) niet bekend is.

Daarnaast hebben gemeente Werkendam en Woudrichem twee conferenties over eenzaamheid georganiseerd om samen met het maatschappelijke middenveld na te denken over samenwerking voor de aanpak van eenzaamheid. De conferenties bestonden uit drie thema's: zinvol leven, prettig wonen en het kan iedereen overkomen. Vanuit deze drie thema's zijn een aantal actiepunten voortkomen die komende jaar worden opgepakt. Zo wordt een jeugd actieplan ontwikkeld om jongeren bewust te maken van eenzaamheid onder het motto 'jong geleerd is oud gedaan'. Daarnaast wordt er een systeem opgezet waarbij mensen in een bepaalde buurt kunnen aangeven welke vragen/behoefte zijn hebben en kunnen aangeven waar ze goed in zijn. Zo kan vraag en aanbod in een bepaalde buurt bij elkaar worden gebracht en de sociale cohesie in een buurt worden vergroot. Dit sluit eveneens aan op het laatste actiepunt om een sleutelfiguur in een wijk aan te stellen die de verbinding vormt tussen organisaties en de buurt en middels een sociale kaart vraag en aanbod met elkaar verbindt.

In Aalburg is er onder andere een activiteitenkalender ontwikkeld voor ouderen om mensen samen activiteiten te laten doen. Verder wordt er vanuit de WMO indicatieadviseurs de nodige aandacht geschonken aan de eenzaamheid onder ouderen.

5.3 Overgewicht

Overgewicht vormt een groeiend probleem. Wereldwijd neemt het aantal mensen met (ernstig) overgewicht drastisch toe. Ook in Nederland stijgt het aantal personen; circa 55% van de mannen en 45% van de vrouwen heeft overgewicht. Jaarlijks veroorzaakt overgewicht circa 40.000 nieuwe ziektegevallen van ouderdomsdiabetes (type II), hart- en vaatziekten en kanker. Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor 7% van de sterftegevallen. Overgewicht tast ook de kwaliteit van het leven aan, door sociaal-emotionele problemen, verminderde mogelijkheden om te participeren en belemmeringen bij het bewegen.

5.3.1 *Omschrijving huidige situatie?*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat ook in onze gemeenten overgewicht een probleem is. Gemiddeld een op de tien kinderen van 2 t/m 11 jaar heeft overgewicht. De problematiek neemt toe naarmate men ouder wordt. Bij jongeren van 12 t/m 18 jaar heeft een op de acht overgewicht, bij volwassenen een op de twee, en twee van de drie ouderen zijn te zwaar.

Beweging en voeding zijn belangrijk in de aanpak van overgewicht. Per doelgroep is er een Nederlandse norm vastgesteld voor bewegen. 95% van de kinderen t/m 12 jaar voldoet aan deze norm. Slechts een op de zeven jongeren van 12 t/m 18 jaar haalt de norm van elke dag 1 uur bewegen. Bij volwassenen en ouderen haalt 40 % de norm niet. Iets meer dan de helft van de kinderen jongeren zijn lid van een sportvereniging. Dit percentage is wat lager dan gemiddeld in West-brabant.

Het aantal kinderen en jongeren dat dagelijks groente en fruit eet is lager dan gemiddeld in West-Brabant. Dit betreft 40% van de kinderen van 2 t/m 12 jaar en 90 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar. 90% van de volwassenen en 80 % van de ouderen eten niet voldoende groente en fruit.

5.3.2 *Wat willen we bereiken?*

Voor de aanpak van overgewicht zijn de volgende doelen geformuleerd:

1. De gezonde keuze de gemakkelijkste keuze maken;
2. De consumptie van groente en fruit door de jeugd bevorderen;
3. Het aantal kinderen met overgewicht verminderen door adequate signalering en behandeling;

5.3.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Bij het burgerpanel zijn twee projecten bedacht voor de aanpak van overgewicht. Aan het project "bewegen met bekenden" is een budget toegekend van € 2.000,-. Het andere project is "Eten met aandacht". Deze projecten worden in 2013 (en de komende jaren) samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en uitgevoerd.

“Bewegen met bekenden” heeft tot doel het meer laten bewegen van jong en oud, vanuit een beweeg/sportcentrum (bijvoorbeeld de Almkreek in Almkerk). Activiteiten kunnen zijn veilig wandelen, hardlopen, mountainbiken, hindernisbaan etc. op en om golfterrein. Hieraan kunnen educatieve activiteiten op scholen, of bij ouderenbonden gekoppeld worden. BN'ers zijn slagroom op de taart en fungeren als trekpleister, aanjager en aanwezigheid bij prikkelende acties.

“Eten met aandacht” heeft tot doel bewuster gezond en gezellig met het gezin met aandacht te eten. Het gaat hierbij om het inkopen, klaarmaken en opdienen van het eten. Daarnaast kan een restaurantweek georganiseerd worden: een laagdrempelig bezoek van een restaurant met gezonde voeding voor kinderen. Er wordt gebruik gemaakt van lokale seizoensproducten. Het menu moet ook thuis gemaakt kunnen worden. In het plan zou dit een jaarlijks terugkerend evenement kunnen worden, bijvoorbeeld tijdens de Week van de Smaak en de Voeding van het Voedingscentrum. Tenslotte zouden de recepten kunnen worden gebundeld in een gezond “Land van Heusden en Altena” kookboek.

Naast deze projecten zijn er in de afzonderlijke gemeenten al lopende projecten en activiteiten gericht op voeding en beweging. Deze worden voortgezet. Een voorbeeld hiervan is Lekker Fit, een lesprogramma van de GGD, dat op diverse scholen wordt uitgevoerd. In Woudrichem is dit programma in samenwerking met Hak uitgebouwd tot Expeditie Lekker Fit, een driejarig programma, waarin ook kooklessen, supermarktbezoek en de Gezonde Quiz zijn meegenomen.



In alle gemeenten zijn buurtsportcoaches actief. Deze zorgen voor een breed en gevarieerd aanbod voor sport en bewegen en stimuleren deelname daaraan. Hierbij wordt nauw samengewerkt met basisscholen, buitenschoolse opvang en sportverenigingen. Daarnaast is er een sportcoach aangepast sporten aangesteld, die sportorganisaties en mensen met een beperking ondersteunt bij aangepast sporten. Deze is aangesteld naar aanleiding van het onderzoek sport en gehandicapten dat in de drie gemeenten is uitgevoerd. Tenslotte wordt het bestaande beweegaanbod voor ouderen gehandhaafd en waar mogelijk uitgebreid. Dit gebeurt in samenwerking met welzijnsorganisaties.

5.4 Overige thema's

In de komende periode zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar de thema's die door de inwoners van het Lvha zijn geprioriteerd namelijk Alcohol, overgewicht en eenzaamheid. Hieronder worden de andere thema's uitgewerkt, die op een later moment opgepakt worden.

5.4.1 Gezinsproblematiek

De meeste kinderen (95%) leven in een twee oudergezin. 2% leeft in een samengesteld en 3% in een eenoudergezin. Van de gezinnen heeft 15 % momenteel problemen met één of meer ingrijpende gebeurtenissen. Dit betreft vooral overlijden, echtscheiding of financiële problemen. 5% van de kinderen leeft in een gezin waarbij er door geldgebrek een risico kan ontstaan voor de gezondheid of het welbevinden van het kind.

40 % van de ouders ervaren problemen bij de opvoeding van hun kind. Zij benoemen vooral problemen bij het luisteren, gehoorzamen, het stellen van grenzen en problemen met de ontwikkeling. Een kwart van de ouders geeft aan bovengemiddelde stress te ervaren bij het opvoeden.

In sommige gezinnen is er op meerdere fronten het nodige aan de hand. De ouders hebben individuele problemen, zoals financiële problemen of problemen met de geestelijke of lichamelijke gezondheid. Daarnaast kunnen zich problemen in de onderlinge verhoudingen in een gezin voordoen. Hierdoor zijn

de ouders soms niet meer voldoende in staat hun ouderrol goed in te vullen. Opvoedingsproblemen, verwaarlozing, schoolverzuim en gedragsproblemen bij kinderen kunnen hier een gevolg van zijn. Ook kan een kind bijvoorbeeld gezondheids-, leer-, of gedragsproblemen hebben die van invloed zijn op de verhoudingen binnen een gezin. Het is van belang om (de oorzaak van) de problemen tijdig en integraal aan te pakken, zodat problemen niet onnodig escaleren.

Het thema gezinsproblematiek werd na alcohol, overgewicht en eenzaamheid als hoogste geprioriteerd door de burgers en bij de professionals stond gezinsproblematiek zelfs in de top drie. Het is dus een thema dat erg leeft onder burgers en professionals van de drie gemeenten en wat zeker onze aandacht heeft.

Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

Het CJG is een plek waar ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals terecht kunnen met al hun vragen over opvoeden en opgroeien. Er zijn in de drie gemeenten verschillende fysieke inlooppunten gerealiseerd waar men terecht kan met kleine en grote vragen. Daarnaast hebben de CJG's van de gemeenten een website. Binnen de CJG's vinden er ook casuïstiekoverleggen plaats waar jongeren en gezinnen worden besproken.

Naast de Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeenten Aalburg en Werkendam/Woudrichem zijn er verschillende instrumenten waarmee we proberen de jeugd zo goed mogelijk in beeld te hebben en te houden.

Elektronisch Kinddossier

Het EKD is de elektronische versie van het papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet (meer)voor onderzoek komen. Het gebruik van het EKD is sinds 2010 verplicht.

Zorg voor Jeugd

De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) is tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van Jeugd en gezin. Met de VIR worden risicosignalen van hulpverleners over jongeren, uit heel Nederland, bij elkaar gebracht. Zo kunnen hulpverleners eenvoudig en in een vroegtijdig stadium contact met elkaar opnemen voor betere hulp aan de jongere, ook al is deze verhuisd. De VIR moet ervoor zorgen dat de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen instanties verbetert. Van beroepskrachten (in jeugdgezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, veiligheid, werk en inkomen) wordt verwacht dat zij een melding doen als zij bij een jeugdige problemen vaststellen die een risico vormen voor diens ontwikkeling. De afweging om wel of niet te melden dient bij voorkeur gebaseerd te zijn op kwalitatief goede meldcodes, richtlijnen en protocollen.

Binnen gemeenten zijn duidelijke, sluitende afspraken gemaakt te worden over wie de zorgcoördinatie voert over de hulpverlening. De gemeenten zien erop toe dat er daadwerkelijk actie wordt ondernomen. In onze gemeenten zijn we aangesloten op het signaleringssysteem 'Zorg voor Jeugd' dat per 1 juli 2010 is aangehaakt aan de VIR.

5.4.2 Roken

Een op de zes kinderen van 0 t/m 11 jaar wordt in huis bloot gesteld aan (sigaretten)rook. Bij jongeren is dit een op de vier. Gemiddeld rookt 85 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar niet. Onder de volwassenen daalt het rookgedrag maar rookt nog steeds 20 %. Bij ouderen is dit 15 %.

Door de drie gemeenteraden is roken aangeduid als belangrijk speerpunt in het gezondheidsbeleid. Landelijk worden veel maatregelen getroffen om het roken tegen te gaan, zoals het rookverbod in de horeca en accijnsverhoging. Gemeenten kunnen aanvullend hierop preventieve voorlichting organiseren. Dit zal in overleg met scholen en andere intermediairs opgezet worden, waarbij dit gecombineerd kan worden met andere voorlichtingsactiviteiten voor bijvoorbeeld drugs.

Het beleidsdoel voor dit thema is het voorkomen dat jongeren gaan roken.

5.4.3 Drugs

Een op de 12 jongeren heeft wel eens drugs gebruikt. Dit gaat voornamelijk over cannabisgebruik. Nauwkeurige gemeentelijke gegevens over het drugsgebruik zijn niet beschikbaar.

Ook drugsgebruik kan leiden tot gezondheidsschade. Er zijn verschillende soorten soft- en harddrugs te onderscheiden. Denk hierbij aan Cannabis, Hasj, Cocaïne, heroïne, GHB, XTC, paddo's etc. Hoewel alcohol de meest zorgwekkende drugs is, mag het gebruik van deze vormen van drugs niet onderschat worden. De komende jaren zullen ook preventieactiviteiten op dit terrein worden voortgezet op de scholen, sportverenigingen, kerken etc. We werken hierin ondermeer samen met onze partners GGD West Brabant, Novadic-Kentron en stichting De Hoop. Ook vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin kan informatie worden gegeven betreffende drugs.

Het centrale beleidsdoel voor dit thema is enerzijds het voorkomen dat jongeren drugs gaan gebruiken, en anderzijds het inzetten van hulpverlening bij signalen van drugsgebruik. Vanuit het beleidsveld veiligheid wordt ook ingezet op het voorkomen van overlast als gevolg van drugsgebruik.

5.4.4 Schoolverzuim

Een leerling die niet op school is tijdens de lessen die hij moet volgen verzuimt van school. Soms heeft hij daarvoor een geldige reden bijvoorbeeld ziekte of afwezigheid met toestemming. Dit heet geoorloofd verzuim. Bij het ontbreken van een geldige reden heet het ongeoorloofd verzuim, ofwel spijbelen. De school bepaalt of er sprake is van een geldige of ongeldige reden voor verzuim.

Risico's schoolverzuim

Verzuim kan leiden tot leerachterstanden, wat vervolgens kan leiden tot uitstroom naar een lager onderwijsniveau of het niet behalen van een startkwalificatie. Ook kan het verzuim invloed hebben op de omgang met klasgenoten en op de zelfstandigheid en het oplossend vermogen van de jongere.

Schoolverzuim is een signaal

Achter schoolverzuim schuilen vaak andere problemen. Bijvoorbeeld een onrustige thuissituatie of leer- en motivatieproblemen. Leerlingen kunnen ook lichamelijke klachten hebben veroorzaakt door stress of leefstijl.

De aanpak van ongeoorloofd verzuim is bij wet geregeld. Voor de aanpak van geoorloofd verzuim is afgesproken dat de school de leerling na vier weken meldt bij de leerplichtambtenaar. In de tussenliggende periode moeten betrokken partijen zelf aan de slag! Bundeling van de krachten van de jongere, zijn ouders/verzorgers en professional versterkt de aanpak. Systematisch aandacht en zorg besteden aan de ziek gemelde jongere en de inzet van ziekteverzuimbegeleiding werkt preventief.

Uit de gezondheidsmonitor van de GGD West-Brabant blijkt dat een op de acht jongeren van 12 t/m 18 jaar de afgelopen vier weken gespijbeld heeft. Dit is meer dan gemiddeld in West-Brabant. Een kwart van deze jongeren heeft de afgelopen 4 weken verzuimd van school. Het gezondheidsdoel bij dit thema is het zoveel mogelijk beperken van schoolverzuim.

5.4.5 *Depressie*

Bijna alle kinderen voelen zich vrolijk. Depressie komt nauwelijks voor. 3% van de jongeren voelt zich somber. Een derde van de volwassenen heeft een (matig tot hoog) risico op het ontwikkelen van een angststoornis of depressie. Bij ouderen heeft de helft een verhoogd risico op depressie.

Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen beschermen tegen depressie. Preventie richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen, waardoor de kans op depressie afneemt.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Het voorkomen van depressies door het inzetten van preventieve programma's en het bestrijden van depressies door het bevorderen van vroegsignalering en het verlagen van de drempel voor de hulpvraag.

5.4.6 *Maatschappelijke opvang*

Maatschappelijke opvang is tijdens het 1^e burgerpanel als thema geagendeerd door een inwoner.

Maatschappelijk opvang is als wettelijke taak opgenomen in de Wmo, waarin de bevoegdheid voor het beleid is neergelegd bij de centrumgemeente Breda. Deze stelt het beleid op, in samenspraak met de regio-gemeenten; dit onder de noemer van het Stedelijk Kompas. Centraal doel hierbij is het voorkomen van dakloosheid, en waar het toch optreedt binnen 24 uur passende opvang te realiseren.

Het bieden van opvang is een verantwoordelijkheid voor alleen de centrumgemeente. Een opvanglocatie kan wel decentraal, met instemming van de betreffende gemeente, gerealiseerd worden. Alle gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk voor de preventie van dakloosheid en de nazorg. Door een convenant met woningcorporaties en het maatschappelijk werk wordt hieraan invulling gegeven. Deze wordt in 2013 geëvalueerd. Daarnaast wordt in vervolg op onderzoek van de drie wmo-adviesraden beoordeeld of aanpassing van het beleid noodzakelijk is. Er zijn namelijk signalen dat er onvoldoende opvangplaatsen beschikbaar zijn, en deze vaak niet bereikbaar zijn.

Maatschappelijk opvang valt primair onder het Wmo-beleid. In deze nota wordt het dan ook niet verder uitgewerkt.

5.4.7 *Internetverslaving*

Internetgebruik begint op jonge leeftijd. Kinderen van 4 t/m 11 jaar zitten gemiddeld ruim 80 minuten per week op internet. Een op de twintig ouders geven aan nooit mee te kijken met het internetgebruik. De helft van de jongeren van 12 t/m 18 jaar bezoekt dagelijks social media sites. Een op de 25 jongeren geeft aan internetverslaafd te zijn. Een op de 12 jongeren gamen dagelijks online en een op de 7 winkelt, surft of zoekt dagelijks informatie. Een op de 20 jongeren is het afgelopen jaar digitaal gepest.

Het gebruik van internet is inmiddels doorgedrongen tot het dagelijks leven van mensen. Uit onderzoek (Van Rooij & Van den Eijnden, 2007) komt naar voren dat bijna alle scholieren in Nederland toegang hebben tot internet. Onderzoek van E-movo laat zien dat 7% van de jongeren een internetverslaving heeft en 30% van de jongeren zit meer dan 15 uur per week privé op internet zit. De internetverslaving heeft betrekking op het bezoek aan diverse sociale media sites en gaming.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Meer inzicht krijgen in cijfers over internetverslaving in het Lvha en onderzoeken welke interventies passend zijn om internetverslaving te bestrijden en voorkomen. Er zijn op dit moment geen lokale gegevens over dit thema bekend.

5.4.8 *Gehoorbeschadiging*

Jongeren worden in meer of mindere mate blootgesteld aan vrijetijdslawaai. Onder vrijetijdslawaai valt bijvoorbeeld het geluid in discotheken, festivals, concerten en van mp3- spelers. Door blootstelling

aan deze geluiden lopen jongeren een verhoogd risico op permanente gehoorschade. Er zijn landelijke cijfers beschikbaar over gehoorschade door vrijetijdslawaai. Een groot deel van de bevolking loopt risico op gehoorschade en heeft last van het gehoor. Er is een toename van 84% in 2010 naar 90 % in 2012. Dit is een duidelijke stijging. Dat terwijl de helft van de bevolking denkt dat gehoorbescherming niet nodig is. Voor onze gemeenten zijn geen lokale gegevens bekend.

Aandacht voor preventie van gehoorschade is daarom belangrijk, omdat zo getracht wordt gehoorschade te voorkomen of zo veel mogelijk te beperken. De doelstelling kan als volgt geformuleerd worden:

“preventieve maatregelen nemen om gehoorbeschadiging bij jongeren in de leeftijd van 13 tot 21 te voorkomen en zoveel mogelijk te beperken, door aan te sluiten bij landelijke voorlichtingscampagnes”

6 Uitvoering van het beleid

6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma

Zoals eerder geconcludeerd is een vierjarig uitvoeringsprogramma niet flexibel genoeg om in te kunnen spelen op veranderende omstandigheden. Daarom is ervoor gekozen in de nota gezondheidsbeleid in algemene zin aan te geven welke activiteiten uitgevoerd zullen worden, op welke thema's. De algemene doelstellingen per thema zijn ook benoemd in de nota.

Aan de nota worden jaarlijkse uitvoeringsprogramma's gekoppeld, die door de colleges van B&W vastgesteld zullen worden en ter kennisname naar de gemeenteraden worden gestuurd. Het uitvoeringsprogramma is voor een groot deel gebaseerd op de uitkomsten van het participatietraject. Daarnaast zullen ook projecten en activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd worden op initiatief van de gemeenten zelf.

In tegenstelling tot de voorgaande jaren, is het de bedoeling om de uitvoering van de nota waar mogelijk gezamenlijk op te pakken, waarbij iedere gemeente voor een aantal thema's verantwoordelijk is. Dit bevordert de kwaliteit van het beleid. De thema's worden jaarlijks naar evenredigheid verdeeld over de gemeenten. Een belangrijke voorwaarde hierbij is afstemming tussen de gemeenten. Ambtelijk zal dat periodiek gebeuren, bestuurlijk zal jaarlijks het uitvoeringsprogramma en de evaluatie ervan gezamenlijk besproken worden. In bepaalde gevallen zal lokale uitvoering plaats blijven vinden, met name als er veel raakvlakken zijn met ander lokaal beleid.

6.2 Financieel kader

In het algemeen wordt voor alle gemeenten het beschikbare budget voor gezondheidsbeleid als kader gebruikt. Voor de uitvoering van de nota zijn geen extra middelen nodig. Omdat de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid in de komende jaren per onderwerp zal plaatsvinden voor de drie gemeenten gezamenlijk, worden de kosten van deze projecten verdeeld over de gemeenten op basis van het inwoneraantal.

Tijdens het laatste burgerpanel zijn drie projecten benoemd, die in 2013 uitgevoerd zullen worden en waarbij de prioriteit in eerste instantie ligt. De projecten zijn in hoofdstuk 4 beschreven. Ze zijn ook in het uitvoeringsprogramma 2013 opgenomen. Gedurende het jaar worden de projecten samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en vervolgens uitgevoerd. Hieronder is een globaal aangegeven welke kosten verwacht worden bij de projecten. Gezien de fase waarin de projecten zich bevinden, is slechts een inschatting te maken van de kosten. Voor de projecten is door het burgerpanel een budget toegekend, deze is in onderstaand overzicht meegenomen:

Project	Budget Burgerpanel	Extra benodigd budget	Totaal
Alcoholpreventie	€ 5.000,-	€ 5.000,-	€ 10.000,-
Ga Wandelen	€ 3.000,-	€ 2.000,-	€ 5.000,-
Bewegen met bekenden	€ 2.000,-	€ 2.000,-	€ 4.000,-

Waar mogelijk zullen via subsidies en/of fondsen extra middelen worden aangevraagd voor het gezondheidsbeleid. Ook zal indien mogelijk de samenwerking met ondernemers en organisaties worden versterkt. Hiermee kan een extra impuls worden gegeven aan interactieve projecten.

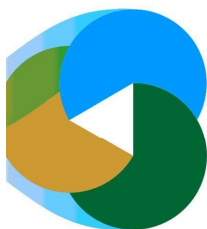
7 Evaluatie

De nota heeft een looptijd van 2013 tot en met 2016. Halverwege de looptijd zal een tussentijdse evaluatie worden uitgevoerd, op basis waarvan (indien nodig) de uitvoering kan worden bijgesteld. Aan het einde van de looptijd, zal de nota geëvalueerd worden.

De werkwijze bij het opstellen van de nota zal ook doorgezet worden bij de evaluatie ervan. Op een interactieve manier zullen inwoners en organisaties in de gelegenheid worden gesteld een bijdrage te leveren aan de evaluatie. Deze heeft dan betrekking op zowel het participatieproces, als de uitvoering van de nota.

Bijlagen
(Zie bijlagenboek)

- Bijlage 1: Evaluatie nota volksgezondheid 2008 – 2012 per gemeente
Bijlage 2: Uittreksel gezondheidsmonitors GGD



GEZOND ALTENA
AALBURG WERKENDAM WOUDRICHEM

Gezond Altena

Nota gezondheidsbeleid Land van Heusden en Altena 2013-
2016

Voorwoord

Voor u ligt de nota gezondheidsbeleid 2013-2016 van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem (vanaf nu de drie gemeenten genoemd). In deze nota kunt u lezen waar de drie gemeenten zich de komende jaren in het kader van het gezondheidsbeleid op willen richten.

Gezondheid is belangrijk voor mensen. Een goede gezondheid draagt bij aan het persoonlijk welbevinden en bij alles wat je in het leven doet. Gezondheid is een groot goed maar tegelijk ook een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk mee te kunnen doen, voor werk en in vrije tijd.

Integraal Gezondheidsbeleid heeft veel facetten en kent veel actoren. Gemeenten kunnen het niet alleen, maar zijn afhankelijk van andere spelers in het veld. Zo spelen onder andere de GGD, welzijnsinstellingen, zorgaanbieders, huisartsen een belangrijke rol, maar ook scholen, ondernemingen kunnen bijdragen aan de bevordering van de gezondheid. De belangrijkste rol is echter weggelegd voor de inwoners zelf. Zij hebben bij uitstek de mogelijkheid hun eigen gezondheid, die van hun kinderen en/of ouders mede te bepalen.

Via een actief participatietraject hebben burgers en deskundigen gezamenlijk mede richting gegeven aan de keuze van de speerpunten zoals deze terug komen in deze beleidsnota. Doel van dit participatietraject was de betrokkenheid en draagvlak van inwoners en deskundigen bij het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's als de doelen en uitvoering van het beleid.

De drie gemeenten willen dan ook iedereen bedanken voor hun bijdrage en hopen elkaar ook in de komende beleidsperiode goed weten te vinden. In het belang van de gezondheid van inwoners van het Land van Heusden en Altena.

De samenwerkende gemeenten

Inhoudopgave

Voorwoord.....	2
Inhoudopgave	3
1 Inleiding.....	4
2 Beleidskader gezondheidsbeleid	5
2.1 Wettelijk kader.....	5
2.2 Visie op gezondheid	6
3 Relaties met andere beleidsvelden	7
4 Proces totstandkoming nota.....	9
4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012	9
4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)	9
4.3 Behandeling drie gemeenteraden.....	10
4.4 Burgerparticipatie.....	10
4.5 Inventarisatie organisaties.....	13
4.6 Conclusie	13
5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016	14
5.1 Alcohol.....	14
5.2 Eenzaamheid.....	16
5.3 Overgewicht	18
5.4 Overige thema's	19
6 Uitvoering van het beleid	24
6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma	24
6.2 Financieel kader	24
7 Evaluatie	25
Bijlagen.....	26

1 Inleiding

Een goede gezondheid is belangrijk. Vraag aan een willekeurig persoon wat hij of zij belangrijk vindt. Vaak zal het antwoord zijn dat hij/zij gezond is en blijft. Een gezonde bevolking vormt 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.

De gemeentelijke overheid heeft een belangrijke taak op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid als het gaat om de collectieve preventie en de maatschappelijke ondersteuning. Het is de taak van de gemeente om samen met alle betrokkenen te werken aan de gezondheid van haar inwoners. Het gezondheidsbeleid zoals in deze nota opgevat, heeft met name betrekking op gezondheidsbevordering. De taak van de gemeente richt zich vooral op het voorkomen van (vermijdbare) ziekten (dit wordt ook wel collectieve preventie genoemd) en op de openbare gezondheidszorg. Echter de verbinding met de andere twee onderdelen (gezondheidsbescherming en curatieve zorg) heeft de aandacht en dan in het bijzonder de relatie met de curatieve zorgsector (eerstelijnszorg).

De nota volksgezondheid 2008-2011 was ook een gezamenlijke nota van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem. In deze nota stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit.

Binnen het speerpunt alcohol en drugs hebben de gemeenten zich gericht op preventie en voorlichtingen rondom genotmiddelen. Hier is onder andere uitvoering aan gegeven door het regionale alcoholmatigingsproject 'Think before you drink', het opstellen van een protocol Alcoholvergiftiging samen met ziekenhuizen en weerbaarheidstrainingen. Voor het speerpunt overgewicht is er voornamelijk ingezet op preventieactiviteiten door projecten als 'Lekker fit', Gezonde Veilige School en sporten voor 55+. Binnen het speerpunt depressie is voornamelijk ingezet op voorlichting en het stimuleren van ontmoetingsactiviteiten voor ouderen middels inlooppunten. Aan het speerpunt Integraliteit is onder andere invulling gegeven door samenwerking met sport combinatiefunctionarissen en jeugdgezondheidszorg.

Een aantal wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van haar burgers. Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van dit wettelijk kader. Hierin is ook de visie van onze gemeenten op het gezondheidsbeleid opgenomen. In hoofdstuk 3 wordt de relatie met andere beleidsvelden toegelicht. Het proces waardoor deze nota tot stand is gekomen wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. De thema's en doelstellingen waar we ons de komende jaren op gaan richten zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de uitvoering van dit gezondheidsbeleid en de financiële consequenties beschreven. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 omschreven hoe de uitvoering van de nota geëvalueerd gaat worden.

2 Beleidskader gezondheidsbeleid

2.1 Wettelijk kader

2.1.1 *Wet Publieke Gezondheid*

Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke hulpvraag. De publieke gezondheidszorg is er altijd voor iedereen en richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en risicogroepen. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan, die met name gericht is op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is.

De traditionele definitie van Publieke Gezondheid is het voorkomen van ziekte, verlenging van de levensverwachting en het bevorderen van gezondheid door georganiseerde inspanningen van de maatschappij. De publieke gezondheidszorg is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten.

Gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de volgende taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg:

- algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering, technische hygiëne zorg, psychosociale hulpverlening bij ongevallen, rampen en ingrijpende gebeurtenissen en medische milieukunde. In de 2e tranche WPG is toegevoegd dat gemeenten zorgdragen voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
- jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5),
- ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a), het betreft het zorgdragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Lokaal zijn er al veel voorzieningen zoals huisartsen, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. De interventies zijn vooral gericht op het verbinden en faciliteren van deze lokale initiatieven. Het vindt zijn uitwerking ook grotendeels in het wmo-beleid.
- infectieziektebestrijding (artikel 6).

Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en laat de Wpg weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van meer gemeentelijke beleidsvrijheid. De keuzes die de gemeente op dit gebied maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens artikel 13 van de Wpg elke vier jaar opstelt. Hierin is aandacht voor gemeentelijke doelstellingen, resultaten en acties die in een bepaalde tijdperiode worden ondernomen. De landelijke prioriteiten uit de landelijke nota worden hierbij in acht genomen. Gemeenten kunnen gemotiveerd afwijken van deze prioriteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de cijfers over gezondheid van de inwoners of lokale omstandigheden.

2.1.2 *Rol van de GGD*

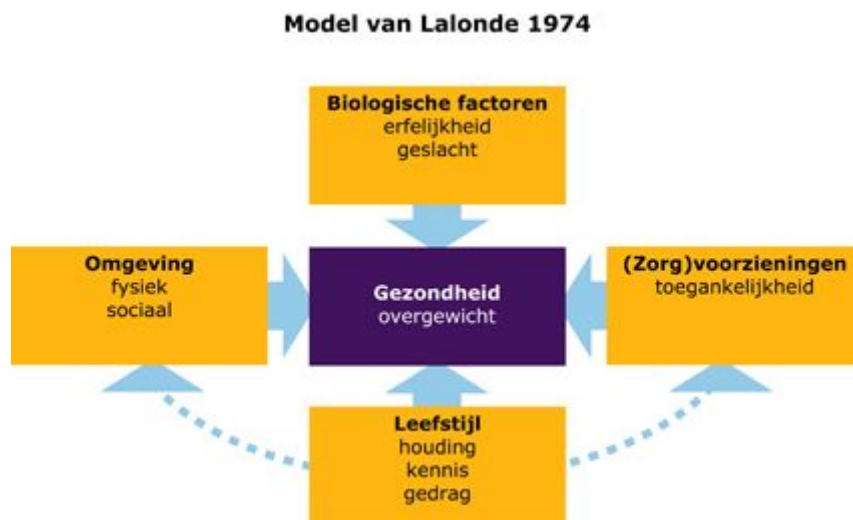
Volgens artikel 14 van de Wpg hebben gemeenten de taak een GGD in stand te houden voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Dat wil overigens niet zeggen dat alleen de GGD deze taken uitvoert; verschillende andere partijen kunnen een belangrijke rol spelen. Daarnaast bevat artikel 16 van de Wpg een bepaling: voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg, vraagt het college van B en W advies aan de GGD.

Naast de Wpg bevatten ook andere wetten voorschriften die (uiteindelijk) gezondheid als doel hebben. Voorbeelden zijn de wet Kinderopvang, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Drank- en horecawet.

2.2 Visie op gezondheid

Gezondheid is een groot goed. Gezonde burgers nemen deel aan de samenleving: zij kunnen leren, werken en voor elkaar zorgen. Gezondheidsbeleid is een investering in de samenleving. Een gezonde gemeente werkt aan een duurzame gezonde toekomst met en voor al haar inwoners.

Gezondheid is een breed begrip. Er is onderscheid tussen de feitelijke gezondheidssituatie en de beleving van de gezondheid door de burgers. Ook mensen met een ziekte of handicap kunnen zich gezond voelen. Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Het is een proces van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, dat wordt beïnvloed door verschillende factoren. Het, al oude, model van Lalonde brengt die factoren nog steeds het meest duidelijk in beeld:



Lokaal gezondheidsbeleid zal moeten aangrijpen bij deze factoren. Dit model van Lalonde maakt ook het belang van integraal werken aan gezondheid duidelijk. Andere beleidsterreinen, zoals sport, jeugd, ruimtelijke inrichting, milieu en Wmo, kunnen in hun beleid gezondheidsdoelen opnemen en zo bijdragen aan een gezonde samenleving. Andersom kunnen gezonde burgers weer een positieve bijdrage leveren aan deze verschillende beleidsterreinen.

Het realiseren van een duurzaam gezonde toekomst voor de inwoners van het Land van Heusden en Altena vraagt om de volgende aanpak:

- burgerkracht inzetten. Met eigen kracht, verantwoordelijkheid, weerbaarheid en basisvaardigheden kunnen burgers gezonde keuzes maken.
- andere beleidsterreinen dienen gezondheid vanzelfsprekend en structureel mee te nemen in hun activiteiten. Bijvoorbeeld door de omgeving zo in te richten dat bewoners worden uitgedaagd tot gezond bewegen.
- samenwerking met andere beleidssectoren, ketenpartners en private partijen.
- toekomstgericht denken: maatregelen van nu hebben invloed op de gezondheid van onze jongeren en hun kinderen.
- voortdurend en flexibel inspelen op maatschappelijke trends en ontwikkelingen.

3 Relaties met andere beleidsvelden

Het gezondheidsbeleid heeft veel raakvlakken met andere beleidsvelden. Op de belangrijkste wordt hieronder nader ingegaan. Deze zijn het wmo-beleid, sportbeleid, het jeugdbeleid en het veiligheidsbeleid. Ook wordt aangegeven welke raakvlakken er zijn met de drie decentralisaties in het sociale domein.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Het centrale doel van de Wmo is mensen in staat te stellen mee te doen in de samenleving. Door preventief gezondheidsbeleid neemt de kans toe dat mensen in staat zijn dit te realiseren zonder ondersteuning door de gemeenten. Immers bij een goede fysieke en mentale gezondheid zijn er minder belemmeringen te participeren in de maatschappij. Prestatieveld 9 van de Wmo gaat over het bestrijden en voorkomen van verslaving. Preventief verslavingsbeleid binnen het domein van de volksgezondheid sluit hierop aan.

Andersom draagt het Wmo-beleid bij aan het bevorderen van de volksgezondheid. Door mensen te ondersteunen om mee te kunnen doen in de samenleving wordt het welbevinden bevorderd. Zo wordt bijvoorbeeld eenzaamheid bestreden. Ook kunnen mensen met behulp van hulpmiddelen hun eigen gezondheid bevorderen.

Jeugdbeleid

Het jeugdbeleid is erop gericht dat jongeren van 0 tot en met 23 zo veilig mogelijk opgroeien tot gezonde en gelukkige volwassenen, die volwaardig meedoen in de samenleving. Het gezondheidsbeleid is voor een groot deel op jongeren gericht, aangezien daar structureel de meeste winst is te behalen. Daarnaast zijn instellingen binnen het jeugdbeleid en de jeugdgezondheidszorg, zoals de GGD, Thebe, maatschappelijk werk en De Vleet, en scholen essentiële uitvoeringspartners in het gezondheidsbeleid.

Sportbeleid

De doelstelling van het sportbeleid is dat alle inwoners van de gemeente, ongeacht hun leeftijd of fysieke gesteldheid, op een verantwoorde, sociale en laagdrempelige wijze, aan enige vorm van bewegen en sportbeoefening kunnen doen. De raakvlakken liggen met name bij het voorkomen en bestrijden van overgewicht. Bewegen en sporten hebben echter ook een positieve invloed op de mentale gezondheid van mensen, bijvoorbeeld doordat mensen weerbaarder worden en gezamenlijke activiteiten bijdragen aan de eenzaamheidsbestrijding.

Veiligheidsbeleid

Een van de speerpunten in het veiligheidsbeleid is 'zorg voor jeugd', waarin de doelstelling is het aandacht blijven geven aan en het onder de aandacht brengen van het (overmatige) gebruik van alcohol en drugs onder de jeugd. Preventief beleid bij alcohol en drugs is eveneens een van de speerpunten in het gezondheidsbeleid.

Decentralisaties

In de komende jaren worden gemeenten verantwoordelijk voor uitvoering van de jeugdzorg, Participatiewet en begeleiding en verzorging uit de AWBZ. Het kabinetsbeleid is daarbij gericht op 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Bij het thema gezinsproblematiek komt deze aanpak terug. Daarnaast kan door preventief gezondheidsbeleid een beroep op voorzieningen en/of ondersteuning in het kader van de nieuwe taken beperkt worden. Met het oog op de geraamde bezuinigingen op de uitvoering van de taken, zijn effectieve preventieve interventies zeer belangrijk. Deze zijn goedkoper en werken langer door dan het bieden van ondersteuning als beperkingen of problemen zich al manifesteren.

Andere beleidsvelden

Integraal gezondheidsbeleid houdt ook in dat er naast het sociale domein, ook in de fysieke omgeving rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten. De inrichting van de fysieke omgeving kan bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid, bijvoorbeeld doordat het beweging meer stimuleert, of het leefmilieu minder belast (bijvoorbeeld geluidsoverlast, luchtverontreiniging). Ook dragen gemeentelijke voorzieningen als riolering en de destructie van kadavers bij aan de volksgezondheid. Aangezien deze gericht zijn op de bescherming van de volksgezondheid en niet op bevordering ervan, worden deze niet verder uitgewerkt.

4 Proces totstandkoming nota

In dit hoofdstuk wordt aangegeven op welke wijze de nota tot stand is gekomen. Omdat hiervoor een vernieuwende manier is gebruikt, wordt er uitgebreid bij stil gestaan. De onderwerpen die van invloed zijn geweest op het proces en de keuze van de inhoudelijke gezondheidsthema's worden hieronder uitgewerkt. Deze zijn achtereenvolgens de nota gezondheidsbeleid 2008-2012, gezondheidsgegevens van de GGD, behandeling in de opiniërende raadsvergaderingen van de drie gemeenten en het participatietraject. Het participatietraject is op een vernieuwende interactieve manier uitgevoerd, waarmee onze gemeenten nog geen ervaring hadden. Het is daardoor gelijk een leerproces geweest, dat we kunnen toepassen op toekomstige trajecten.

4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012

In de nota gezondheidsbeleid 2008 – 2012 stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit. In Woudrichem waren daarnaast nog een drietal lokale speerpunten: gezondheidscentra, ouderenadviseurs en AED's. Het actieprogramma voor de gezamenlijke speerpunten bestonden hoofdzakelijk uit twee pijlers: het vergroten van de bewustwording door voorlichting en activiteiten op scholen en welzijnsinstellingen, en het vroegtijdig signaleren en aanpakken van problemen, door de weerbaarheid en sociale vaardigheden van de jongeren te versterken middels trainingen en cursussen.

De uitvoering van de nota is lokaal in de afzonderlijke gemeenten georganiseerd. Hierdoor zijn er in de uitvoering verschillen ontstaan en zijn verschillende accenten gelegd. Dit is niet altijd effectief en efficiënt gebleken en is niet helder voor de organisaties en inwoners. Aangezien onze gemeenten in de toekomst nog meer zullen samenwerken en een gezamenlijke uitvoering effectiever is, willen we deze nota gezamenlijk uitvoeren, waarbij iedere gemeente een aantal speerpunten voor zijn rekening neemt.

Omdat de uitvoering lokaal is gedaan, en de gemeente Woudrichem lokale speerpunten heeft vastgesteld, zijn uitgebreidere lokale evaluaties opgesteld. Deze zijn in de bijlage bij deze nota opgenomen.

De speerpunten uit de nota 2008 – 2012 zijn nog steeds actueel. Ook in de landelijke nota gezondheidsbeleid worden deze als speerpunten aangemerkt. Daarom zijn deze in de startnotitie die in het najaar van de 2012 in de gemeenteraden is besproken, als thema's meegenomen.

4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)

De GGD onderzoekt jaarlijks de gezondheidssituatie van een bepaalde doelgroep in de gemeenten. Iedere doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen) wordt zo 1x per vier jaar onderzocht. Deze onderzoeken leveren waardevolle informatie over de gezondheidstoestand van de gemeenten en bieden inzicht in ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Doordat alle gemeenten gelijktijd worden onderzocht, kunnen lokale gegevens afgezet worden tegen regionale gegevens of gegevens van andere gemeenten. Dit geeft een uitstekend referentiekader, waarop de keuzes voor het beleid gebaseerd kunnen worden.

Daarnaast kunnen de monitors gebruikt worden om een indicatie te geven van de effecten van het uitgevoerde beleid. Hierbij moet echter een grote slag om de arm worden gehouden, aangezien veel externe factoren van invloed zijn op de ontwikkelingen. Deze liggen meestal buiten de invloedssfeer van de gemeenten.

Op basis van de GGD-gegevens is geconcludeerd dat voortzetting van de bestaande speerpunten wenselijk is. In de bijlage bij deze nota is een overzicht gegeven van de belangrijkste cijfers.

4.3 Behandeling drie gemeenteraden

In het najaar van 2012 is in de drie afzonderlijke gemeenteraden opiniërend gesproken over de startnotitie voor deze nota. Bij de behandeling in Woudrichem is aangegeven dat roken als speerpunt toegevoegd zou moeten worden. In Werkendam is naast roken ook gehoorbeschadiging als extra thema aangemerkt. In Aalburg tenslotte is geconcludeerd dat depressie en eenzaamheid weliswaar veel raakvlakken hebben, maar dat ze wel gescheiden moeten worden. Depressie is een ziekte/aandoening, eenzaamheid is een sociale omstandigheid. Voor beide is dan ook een andere aanpak nodig.

Op aanraden van de GGD zijn de thema's gezinsproblematiek en schoolverzuim nog toegevoegd. Daarnaast zijn alcohol en drugs als afzonderlijke thema's benoemd, gezien de verschillende aanpak bij beiden. Voor alcoholpreventie loopt bijvoorbeeld het regionale project Think Before You Drink. Voor drugs is er geen regionaal programma. Daarnaast is alcohol vanaf 18 jaar in principe legaal, terwijl drugs dat niet zijn.

4.4 Burgerparticipatie

Kern van het proces is geweest de nota zo interactief mogelijk met inwoners in instellingen op te stellen. Inwoners kregen daarbij een heel belangrijke rol bij het bepalen van de gezondheidsthema's voor de komende jaren. De doelstelling van het participatietraject is de betrokkenheid van inwoners bij en het draagvlak onder inwoners voor het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's, als voor de doelen en uitvoering van het beleid. Binnen de formule Effectiviteit = Kwaliteit x Acceptatie ($E=K \times A$) wordt met name de Acceptatie vergroot.

Hieronder wordt het verloop van de interactieve avonden geschetst. Vervolgens wordt aangegeven op welke wijze de social media hiervoor ingezet zijn.

4.4.1 *Eerste burgerpanel - (prioriteren thema's*

Het eerste burgerpanel (op 3 december 2012) is gestart met de gezondheidsthema's op basis van de bestaande nota, de behandeling in de gemeenteraden, en advies van de GGD. Tijdens de eerste interactieve avond is door een inwoner het onderwerp maatschappelijke opvang als thema naar voren gebracht. Tijdens het eerste burgerpanel waren ongeveer 50 inwoners aanwezig.

De thema's zijn door ambassadeurs via wervende presentaties 'gepromoot' bij het burgerpanel. De ambassadeurs zijn afkomstig van organisaties waar het betreffende thema tot haar kerntaak behoort, en waar veel kennis aanwezig is. Dit betreft de GGD (alcohol en overgewicht), Tremas (gezinsproblematiek), De Vleet (eenzaamheid), Rivas (roken), Altena College (schoolverzuim), Novadic Kentron (drugs), Indigo/GGZ Breburg (depressie), Thebe (overgewicht), de Hoop (internetverslaving) en een Gehoorconsulent (gehoorbeschadiging). De inwoner die maatschappelijke opvang heeft geagendeerd, heeft deze zelf gepresenteerd. Vervolgens hebben de inwoners middels het toewijzen van fictieve budgetten de thema's geprioriteerd. Dit heeft geresulteerd in de hieronder staande rangorde:

Thema	Bedrag
Alcohol	€ 2550
Eenzaamheid	€ 2300
Overgewicht	€ 2250
Gezinsproblematiek	€ 2100
Roken	€ 1700
Drugs	€ 1600
Schoolverzuim	€ 1050
Depressie	€ 950
Maatschappelijke opvang	€ 900
Internetverslaving	€ 700
Gehoorschadiging	€ 500

Op basis van deze uitslag is voor het tweede burgerpanel besloten door te gaan met de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht. Deze thema's krijgen in eerste instantie dan ook de meeste aandacht bij de uitvoering van het beleid. Hierbij is wel duidelijk aangegeven dat aan de andere thema's wel uitvoering gegeven wordt, maar dat dat pas op een later moment en minder intensief (vanuit gezondheidsbeleid) zal gebeuren. Vanuit andere beleidsterreinen kan hierop nog wel steeds ingezet worden.

4.4.2 *Tweede burgerpanel -Van doelen naar acties*

Het tweede burgerpanel is gebruikt om de doelen van het beleid op de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht te benoemen en bij deze doelen acties te bedenken. Hierbij waren ca 80 inwoners aanwezig, waarbij veel aanwezigen op het eerste burgerpanel ook nu weer aanwezig waren. De inhoudelijke begeleiding is door de ambassadeurs, gemeenten en andere deskundigen gedaan.

Uit ervaringen van een andere gemeente (Laarbeek) is gebleken dat het voor inwoners heel moeilijk is doelen te formuleren. Daarom is ervoor gekozen vooraf doelen te formuleren en deze voor te leggen aan de inwoners. Deze konden zich vinden in de gestelde doelen. De geformuleerde doelen komen in hoofdstuk 5 terug.

Door middel van brainstormtechnieken zijn vervolgens door de inwoners gezamenlijk plannen bedacht waarmee de doelen bereikt kunnen worden. Hieruit zijn diverse acties naar voren gekomen die de inwoners geschikt achten voor uitvoering. Ambtelijk zijn de voorgestelde plannen beoordeeld op haarbaarheid. Dit heeft geleid tot 8 plannen die verder uitgewerkt konden worden. Een aantal andere acties zijn als onhaalbaar bestempeld omdat ze te complex waren, of niet vanuit het oogpunt van gezondheidbevordering bedacht waren. Andere plannen konden samengevoegd worden, of bestonden al.



4.4.3 *Derde burgerpanel (uitwerken acties en voteren budget)*

Het doel van het derde burgerpanel, waar weer ca. 80 personen aanwezig waren, was de 8 geselecteerde plannen verder uit te werken, en door een jury en inwoners hiervoor budgetten toe te laten kennen.

Het uitwerken van de 8 plannen is gedaan onder begeleiding van de ambassadeurs en andere deskundigen. Vervolgens zijn deze gepresenteerd aan de jury, bestaande uit drie portefeuillehouders en drie inwoners. De beoordeling heeft plaats gevonden op basis van de criteria: creativiteit, competitie-element, bereik, inwonerbetrokkenheid, realistisch budget en zichtbaarheid in de

gemeenten. De jury heeft punten toegekend, waarna de inwoners via een stemming de top 3 hebben bepaald, op basis waarvan de projecten in aanmerking komen voor een bepaald uitvoeringsbudget.

Dit heeft erin geresulteerd dat de volgende plannen als eerste uitgevoerd zullen worden, samen met de inwoners en betrokken organisaties, met inzet van het toegekende budget:

1. Preventieprogramma alcohol € 5.000,-
2. Ga wandelen (eenzaamheid) € 3.000,-
3. Bewegen met bekenden (overgewicht) € 2.000,-



De budgetten zijn beschikbaar gesteld vanuit de middelen voor gezondheidsbeleid.

De overige projecten zullen waar mogelijk ook uitgevoerd worden, de eerste focus zal echter liggen bij bovenstaande projecten.

4.4.4 Inzet social media

Onder de noemer Gezond Altena is bij het participatietraject ook gebruik gemaakt van social media: Facebook en Twitter. Hierop zijn berichten geplaatst en zijn de bijeenkomsten aangekondigd. Het blijkt lastig te zijn een publiek op Facebook op te bouwen; en op deze manier meer inwoners te bereiken. Veel inwoners participeren liever in bijeenkomsten. Het aankondigen van de bijeenkomsten op Twitter heeft naar onze indruk wel de nodige aandacht gegenereerd. Dit is echter niet gemeten.

Ter voorbereiding van het participatietraject is gesproken met jongeren uit onze gemeenten. Tijdens dit gesprek bleek dat het niet haalbaar was bij het opstellen van de nota een geschikte benadering van de jongeren via social media op te zetten. Dit zit in de specifieke benaderingswijze van jongeren die nodig is. Wel willen we de komende periode jongeren betrekken bij het gezondheidsbeleid. Om een geschikte methode te ontwikkelen is van Zon MW een subsidie van € 15.000,- ontvangen. Deze wordt via de GGD en de academische werkplaats van de universiteit Tilburg ingezet. Het onderzoek richt zich specifiek op ons gebied en zal door middel van focusgroepen plaatsvinden. De resultaten worden half mei verwacht.

Overigens zijn bij de burgerpanels ook jongeren aanwezig geweest, zodat deze doelgroep in deze fase wel inbreng heeft gehad.



Facebook: [Gezond Altena](#)

Twitter: [@gezondaltena](#)

LinkedIn: [Gezond Altena](#)

4.5 Inventarisatie organisaties

Relevante organisaties als maatschappelijk werk, scholen, GGD, enz. zijn in de gelegenheid gesteld schriftelijk prioriteiten aan te geven en hun wensen en behoefte aan te geven. Ook is gevraagd wat zij zelf kunnen bijdragen op de verschillende thema's.

Opvallend is dat gezinsproblematiek door de organisaties als het belangrijkste thema is aangeduid. De thema's overgewicht en alcohol zijn daarnaast de belangrijkste thema's voor organisaties. Eenzaamheid komt minder prominent naar voren; dit wordt meer als sociaal probleem ervaren. Omdat in het kader van de burgerparticipatie de mening van inwoners leidend is, is eenzaamheid toch als thema gehandhaafd in het verdere traject. In de uitvoering van het beleid krijgt gezinsproblematiek, naast de drie andere thema's een prominente plaats. Dit heeft veel raakvlakken met het Centrum voor Jeugd en Gezin en de komende decentralisaties.

De rode draad in de inventarisatie onder organisaties is de nadruk op voorlichting, preventie en vroegsignalering. De organisaties benadrukken het belang van het betrekken van de ouders hierbij. Daarnaast wordt ook veelvuldig aangegeven dat organisaties (en inwoners) samen moeten werken om de doelen te bereiken en een integrale aanpak moeten nastreven. Deze elementen worden meegenomen in het uitvoeringsprogramma.

De meeste organisaties hebben aangegeven een bijdrage te willen en kunnen leveren op het gezondheidsbeleid. Op basis van hun opgave, zullen ze bij de uitvoering van het beleid betrokken worden.

4.6 Conclusie

Het participatieproces heeft een zinvolle bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de nota en het uitvoeringsprogramma. Het draagvlak is vergroot en er zijn vanuit de inwoners creatieve projecten bedacht. Het momentum dat hierbij is ontstaan biedt kansen voor een participatieve uitvoering van de nota. Deze willen we dan ook zeker vasthouden.

De inzet van social media zal hiervoor verder uitgebouwd worden, met behulp van een onderbouwde methode. Hiermee worden vooral jongeren nauwer betrokken bij het gezondheidsbeleid in onze gemeenten.

5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016

Op basis van het hiervoor beschreven proces zijn de thema's voor het gezondheidsbeleid in de komende jaren bepaald. Deze worden in dit hoofdstuk uitwerkt, waarbij steeds de bestaande situatie wordt beschreven, de doelen van het beleid en de activiteiten die we daarvoor uitvoeren. De thema's worden op volgorde van prioriteren door het burgerpanel behandeld.

5.1 Alcohol

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

5.1.1 *Omschrijving lokale situatie*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat 2 tot 5 % van de kinderen jonger dan 12 jaar wel eens alcohol heeft gedronken. Een kwart van de jongeren van 12 t/m 18 jaar is een bingedrinker (5 glazen of meer per gelegenheid) wat lager is dan gemiddeld in West-Brabant. 10 tot 16 % van de jongeren geeft aan afgelopen maand dronken te zijn geweest.

Bijna alle ouders in het Land van Heusden & Altena vinden dat jongeren pas vanaf 18 jaar alcohol mogen drinken. Dit is hoger dan gemiddeld in West-Brabant. In onze gemeenten wordt minder alcohol gedronken door de volwassenen en ouderen bevolking dan gemiddeld in West-Brabant maar gemiddeld voldoet nog steeds 1 op de 3 tot 4 volwassenen niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik.

5.1.2 *Wat willen we bereiken?*

De doelen op het thema alcohol zijn:

1. Alcoholgebruik onder de 18 jaar voorkomen.
2. Hoe voorkomen we dat jongeren 'los' gaan zodra ze 18 jaar zijn geworden (en dus alcohol mogen drinken)
3. Hoe zorg je ervoor dat er geen alcohol meer verkocht wordt aan jongeren?

5.1.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende interactieve bijeenkomsten van het burgerpanel eind 2012 en begin 2013 zijn er verschillende projectideeën door burgers en professionals gezamenlijk uitgewerkt. Het projectidee 'voorlichting / preventie alcohol' met als doel het alcoholgebruik onder de 16 jaar terug te dringen kreeg tijdens de laatste burgerpanel de meeste stemmen van de jury, burgers en professionals. Er is aan dit project een bedrag van € 5000.- toegekend.

De bedoeling van het projectidee is om visueel aan jongeren de schadelijke gevolgen van drankgebruik duidelijk te maken. Verder wordt er gezocht naar rolmodellen in de gemeenten die de boodschap om alcohol te beperken op een positieve manier uitdragen, hierbij kan gedacht worden aan bekende sporters. Naast dit winnende idee zijn er meer ideeën aangedragen waar we in een later stadium mee aan de slag gaan.

Projectideeën die naar voren kwamen tijdens het burgerpanel zijn:

- Registratiekaart (chipkaart) alcoholgebruik
- Social marketing

- Alcohollokkers zoals breezers uit de supermarkten
- Scherpere controle en sancties
- Verandering van denken bij ouders
- Alcohol anders
- Doorgaande lijn van voorlichting van -9 mnd tot 23 jaar.

Samen met jeugd, ouders, scholen, kerken, sportverenigingen, Centra voor Jeugd en Gezin, GGD, Novadic-Kentron, De Hoop, bedrijfsleven etc. gaan we aan de slag om het project verder vorm te geven. Via de scholen worden informatieavonden opgezet waarin ouders en jeugd een belangrijke rol vervullen. De burgers gaan samen met de professionals aan de slag om de schadelijke gevolgen op een duidelijke aansprekende manier onder de aandacht te brengen.

Naast de projectideeën is er ook het regionale alcoholmatigingsprogramma 'Think before you drink'

Think before you drink

Sinds 2009 werken de 18 gemeenten in West Brabant, Novadic-Kentron en projectleider GGD West Brabant samen met vele andere (regionale) partijen en organisaties aan de volgende twee hoofddoelstellingen.

1. Géén alcoholgebruik door jongeren onder de 18 jaar
2. Géén overmatig alcoholgebruik door jongeren vanaf 18 jaar



Deze hoofddoelstellingen sluiten perfect aan bij de uitkomsten van het burgerpanel.

Jongeren en alcohol

Bij alle 18 gemeenten (waaronder de gemeenten Aalburg, Woudrichem en Werkendam) is alcoholpreventie onder jongeren een speerpunt in de nota gezondheidsbeleid en is het een aandachtspunt bij de aanpak van integrale veiligheid. Het thema jongeren en alcohol heeft ook raakvlakken met jeugdbeleid, sportbeleid, opvoedingsondersteuning, verslavingspreventie en horecabeleid. Gezamenlijk optrekken bij de integrale aanpak van alcoholgebruik onder jongeren is dus essentieel.

Projectleiding

De 18 gemeenten in de regio West Brabant hebben de GGD West Brabant opdracht gegeven om samen met partners uit het veld de problemen rondom alcoholgebruik onder jongeren aan te pakken. De GGD West Brabant vervult de rol van projectleider van 'Think before you drink'.

Stuurgroep

Het project 'Think before you drink' wordt aangestuurd door een regionale Stuurgroep, zij is verantwoordelijk voor het uitzetten van de grote lijnen van het project en voor de bewaking van de financiën. Deze Stuurgroep bestaat uit portefeuillehouders volksgezondheid uit de regio, een manager van de GGD West Brabant, een adviseur van Novadic-Kentron en de projectleider van de GGD West Brabant. De voorzitter van de Stuurgroep is de portefeuillehouder van de gemeente Drimmelen. De Stuurgroep rapporteert regelmatig over de voortgang van het project in het portefeuillehouderoverleg volksgezondheid in de regio West Brabant. Verder wordt er één keer per kwartaal een nieuwsbrief uitgebracht met daarin de belangrijkste activiteiten.

Nieuwe Drank-en Horecawet

Op 1 januari 2013 is de nieuwe Drank- en Horecawet ingegaan. In de nieuwe wet zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze alcohol in bezit hebben, zowel in de kroeg als op de openbare weg. Verkopers van alcohol die in 12 maanden tijd 3 keer worden betrapt op verboden verkoop, verliezen (tijdelijk) hun vergunning. De handhaving van de wet gaat over naar de gemeenten en kan

daarmee gericht worden ingezet. De gemeenten hebben ieder een kwartiermaker aangewezen die de invoering van de nieuwe wet zal coördineren.

Wat gaat er veranderen?

- In het kader van het streven naar reductie van de administratieve lasten wordt het vergunningsstelsel zodanig aangepast dat er minder frequent een nieuwe vergunning aangevraagd hoeft te worden;
- De burgemeester wordt, ter vervanging van het college van burgemeester en wethouders, in medebewind belast met de uitvoering van de Drank- en Horecawet;
- De gemeenteraad moet een verordening opstellen, waarbij zowel aspecten van oneerlijke mededinging als de bescherming van de jeugd moeten worden meegewogen;
- Gemeenten krijgen meer mogelijkheden om op lokaal niveau beter invulling te geven aan het alcoholbeleid, met name om overmatig alcoholgebruik onder jongeren tegen te gaan;
- Er zijn sancties opgenomen voor niet-vergunningsplichtige detailhandelaren die voor de derde keer in één jaar zwakalcoholische dranken verkopen aan jongeren onder de zestien jaar;
- Jongeren onder de zestien jaar die alcoholhoudende drank aanwezig hebben of voor consumptie gereed hebben op voor het publiek toegankelijke plaatsen (openbare weg en horecabedrijven) worden strafbaar gesteld;
- Het toezicht op de Drank- en Horecawet wordt gedecentraliseerd van het rijk naar de gemeenten.

Verhoging leeftijdsgrens alcohol

De verhoging van de leeftijd waarop alcohol mag worden verkocht gaat van 16 naar 18 jaar. Een grote meerderheid van de Tweede Kamer staat achter het initiatiefwetsvoorstel dat onlangs is behandeld. Mogelijk wordt het nog dit jaar verboden om alcoholhoudende drank te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. De nieuwe wet maakt ook het bezit van alcohol op straat en in de horeca strafbaar voor 18-minners. We houden de ontwikkelingen hieromtrent in de gaten en zullen uiteraard inspelen op veranderingen.

5.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor psychische ongezondheid. Om eenzaamheid te voorkomen, is een sociaal netwerk voor (kwetsbare) mensen van groot belang. Een netwerk van vrienden en familie betekent dat het makkelijker wordt iemand iets te vragen. Hoe groter het sociale netwerk, des te groter de hoeveelheid verkregen steun, de tevredenheid hiermee en de mate van steun die mensen verwachten te krijgen als het nodig is. Sociale steun heeft ook preventieve gevolgen voor de gezondheid. Zo beschermt sociale steun tegen het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Bij het burgerpanel scoorde het thema eenzaamheid hoog op de prioriteitenlijst. Het panel van deskundigen dacht daar anders over. Een verklaring hiervoor is dat eenzaamheid als sociaal probleem wordt gezien en niet als gezondheidsprobleem. Mogelijk dat de lagere score ook komt doordat vanuit scholen veel reacties zijn gekomen bij het panel van deskundigen. Een aantal knelpunten sprong tijdens het burgerpanel eruit:

“Problemen worden in het gewone dagelijkse leven vaak onnodig ‘laat’ of helemaal niet gesignaleerd, doordat partijen onvoldoende met elkaar communiceren.”

“Mensen moeten meer gewezen worden op hun eigen verantwoordelijkheid en meer gestimuleerd worden om eigen verantwoordelijkheid te nemen.”

5.2.1 Omschrijving lokale situatie

Eenzaamheid komt bij alle leeftijdsgroepen voor maar neemt toe naarmate men ouder wordt. Een op de drie volwassenen geeft aan eenzaam te zijn, bij ouderen is dit een op de twee. Ernstig eenzaamheid komt minder voor, dit is 4 – 7 % bij volwassenen en 6 – 9 % bij ouderen in onze gemeenten.

5.2.2 *Wat willen we bereiken?*

De hoofddoelstellingen waar we ons de komende jaren dan ook op willen richten zijn:

1. Burgers bewust laten worden van het bestaan van eenzaamheid en hen inzicht geven in hun mogelijke rol gericht op het bevorderen van participatie
2. Investeren in de sociale samenhang en vaardigheden van inwoners om een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden
3. Stimuleren van verbindingen tussen inwoners en organisaties om eenzaamheidssituaties vroegtijdig te signaleren en op te lossen

5.2.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende burgerpanels zijn door inwoners een aantal projecten aangedragen en uitgewerkt. Deze projecten zijn gericht op de bovenstaande drie doelstellingen.

Mensen die eenzaam zijn vinden het vaak moeilijk om hiermee naar voren te komen. Goede voorlichting en informatie over dit onderwerp zijn dan ook essentieel om inwoners bewust te maken van het bestaan van eenzaamheid. Een activiteit gericht op bewustwording van eenzaamheid van inwoners is het project 'Ga wandelen'. Sport en bewegen dragen bij aan zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid. Naast het mobiliseren van mensen om te bewegen leent een wandeltocht door het LvhA zich ook voor het leggen van contacten en het opbouwen van een netwerk.

Bewustwording dat eenzaamheid bestaat is noodzakelijk voor de aanpak van eenzaamheid. Een volgende stap om eenzaamheid aan te pakken en meer deel te nemen aan de samenleving is het deelnemen aan bepaalde activiteiten. Net als bewegen is ook eten belangrijk om fit te blijven. De meeste volwassenen en ouderen wonen zelfstandig en eten thuis. Ziekte of eenzaamheid kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder of minder goed eten. Hierdoor vergroot het risico op ondervoeding. Lokale initiatieven kunnen bijdragen aan beter sociaal en fysiek welbevinden. Hier wordt verder uitwerking aan gegeven door het project 'Gezamenlijk eten'. Hier worden er voor en door inwoners (vrijwilligers) diners georganiseerd bij de mensen thuis, waarmee wordt getracht mensen uit hun isolement te trekken en contacten te leggen. Daarnaast wordt via het project 'Digitale opmars niet meer te stuiten' geïnvesteerd in de sociale vaardigheden van inwoners om een netwerk op te bouwen, door middel van het geven van computerlessen voor en door ouderen.



Het is belangrijk dat bij ontwikkeling van beleid en bij de aanpak van eenzaamheid samenwerking met relevante organisaties en vertegenwoordigers van doelgroepen is. Aandacht en luisteren naar de ander staat hierin centraal. Tijdens de burgerpanels is hier invulling aan gegeven door het project 'Vertel eens'. In dit project schrijven mensen gedichten over hun levensloop aangespoord door vrijwilligers. Aandacht en contact kan iemand uit zijn isolement halen en maakt anderen bewust van het bestaan van eenzaamheid.

Naast bovenstaande projecten zijn er ook bestaande lokale initiatieven. Zo worden in Werkendam en Woudrichem activerende huisbezoeken afgelegd bij 80- plussers. Tijdens de huisbezoeken wordt aan ouderen informatie gegeven over voorzieningen en activiteiten. Vooral op het vlak van woning, vervoer, huishoudelijke verzorging en thuiszorg blijkt een grote behoefte aan hulp te zijn. Op het gebied van aanbod van activiteiten liggen er voor de gemeente dus zeker mogelijkheden. Hierbij kan gedacht worden aan de seniorenwijzer, het loket Altena, de inlooppunten en de mantelzorgwijzer. Deze initiatieven richten zich op de ouderengezondheidszorg. Het blijkt dat deze mogelijkheden bij een groot deel van de ondervraagden (50-75%) niet bekend is.

Daarnaast hebben gemeente Werkendam en Woudrichem twee conferenties over eenzaamheid georganiseerd om samen met het maatschappelijke middenveld na te denken over samenwerking voor de aanpak van eenzaamheid. De conferenties bestonden uit drie thema's: zinvol leven, prettig wonen en het kan iedereen overkomen. Vanuit deze drie thema's zijn een aantal actiepunten voortkomen die komende jaar worden opgepakt. Zo wordt een jeugd actieplan ontwikkeld om jongeren bewust te maken van eenzaamheid onder het motto 'jong geleerd is oud gedaan'. Daarnaast wordt er een systeem opgezet waarbij mensen in een bepaalde buurt kunnen aangeven welke vragen/behoefte zijn hebben en kunnen aangeven waar ze goed in zijn. Zo kan vraag en aanbod in een bepaalde buurt bij elkaar worden gebracht en de sociale cohesie in een buurt worden vergroot. Dit sluit eveneens aan op het laatste actiepunt om een sleutelfiguur in een wijk aan te stellen die de verbinding vormt tussen organisaties en de buurt en middels een sociale kaart vraag en aanbod met elkaar verbindt.

In Aalburg is er onder andere een activiteitenkalender ontwikkeld voor ouderen om mensen samen activiteiten te laten doen. Verder wordt er vanuit de WMO indicatieadviseurs de nodige aandacht geschonken aan de eenzaamheid onder ouderen.

5.3 Overgewicht

Overgewicht vormt een groeiend probleem. Wereldwijd neemt het aantal mensen met (ernstig) overgewicht drastisch toe. Ook in Nederland stijgt het aantal personen; circa 55% van de mannen en 45% van de vrouwen heeft overgewicht. Jaarlijks veroorzaakt overgewicht circa 40.000 nieuwe ziektegevallen van ouderdomsdiabetes (type II), hart- en vaatziekten en kanker. Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor 7% van de sterftegevallen. Overgewicht tast ook de kwaliteit van het leven aan, door sociaal-emotionele problemen, verminderde mogelijkheden om te participeren en belemmeringen bij het bewegen.

5.3.1 *Omschrijving huidige situatie?*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat ook in onze gemeenten overgewicht een probleem is. Gemiddeld een op de tien kinderen van 2 t/m 11 jaar heeft overgewicht. De problematiek neemt toe naarmate men ouder wordt. Bij jongeren van 12 t/m 18 jaar heeft een op de acht overgewicht, bij volwassenen een op de twee, en twee van de drie ouderen zijn te zwaar.

Beweging en voeding zijn belangrijk in de aanpak van overgewicht. Per doelgroep is er een Nederlandse norm vastgesteld voor bewegen. 95% van de kinderen t/m 12 jaar voldoet aan deze norm. Slechts een op de zeven jongeren van 12 t/m 18 jaar haalt de norm van elke dag 1 uur bewegen. Bij volwassenen en ouderen haalt 40 % de norm niet. Iets meer dan de helft van de kinderen jongeren zijn lid van een sportvereniging. Dit percentage is wat lager dan gemiddeld in West-brabant.

Het aantal kinderen en jongeren dat dagelijks groente en fruit eet is lager dan gemiddeld in West-Brabant. Dit betreft 40% van de kinderen van 2 t/m 12 jaar en 90 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar. 90% van de volwassenen en 80 % van de ouderen eten niet voldoende groente en fruit.

5.3.2 *Wat willen we bereiken?*

Voor de aanpak van overgewicht zijn de volgende doelen geformuleerd:

1. De gezonde keuze de gemakkelijkste keuze maken;
2. De consumptie van groente en fruit door de jeugd bevorderen;
3. Het aantal kinderen met overgewicht verminderen door adequate signalering en behandeling;

5.3.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Bij het burgerpanel zijn twee projecten bedacht voor de aanpak van overgewicht. Aan het project "bewegen met bekenden" is een budget toegekend van € 2.000,-. Het andere project is "Eten met aandacht". Deze projecten worden in 2013 (en de komende jaren) samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en uitgevoerd.

“Bewegen met bekenden” heeft tot doel het meer laten bewegen van jong en oud, vanuit een beweeg/sportcentrum (bijvoorbeeld de Almkreek in Almkerk). Activiteiten kunnen zijn veilig wandelen, hardlopen, mountainbiken, hindernisbaan etc. op en om golfterrein. Hieraan kunnen educatieve activiteiten op scholen, of bij ouderenbonden gekoppeld worden. BN'ers zijn slagroom op de taart en fungeren als trekpleister, aanjager en aanwezigheid bij prikkelende acties.

“Eten met aandacht” heeft tot doel bewuster gezond en gezellig met het gezin met aandacht te eten. Het gaat hierbij om het inkopen, klaarmaken en opdienen van het eten. Daarnaast kan een restaurantweek georganiseerd worden: een laagdrempelig bezoek van een restaurant met gezonde voeding voor kinderen. Er wordt gebruik gemaakt van lokale seizoensproducten. Het menu moet ook thuis gemaakt kunnen worden. In het plan zou dit een jaarlijks terugkerend evenement kunnen worden, bijvoorbeeld tijdens de Week van de Smaak en de Voeding van het Voedingscentrum. Tenslotte zouden de recepten kunnen worden gebundeld in een gezond “Land van Heusden en Altena” kookboek.

Naast deze projecten zijn er in de afzonderlijke gemeenten al lopende projecten en activiteiten gericht op voeding en beweging. Deze worden voortgezet. Een voorbeeld hiervan is Lekker Fit, een lesprogramma van de GGD, dat op diverse scholen wordt uitgevoerd. In Woudrichem is dit programma in samenwerking met Hak uitgebouwd tot Expeditie Lekker Fit, een driejarig programma, waarin ook kooklessen, supermarktbezoek en de Gezonde Quiz zijn meegenomen.



In alle gemeenten zijn buurtsportcoaches actief. Deze zorgen voor een breed en gevarieerd aanbod voor sport en bewegen en stimuleren deelname daaraan. Hierbij wordt nauw samengewerkt met basisscholen, buitenschoolse opvang en sportverenigingen. Daarnaast is er een sportcoach aangepast sporten aangesteld, die sportorganisaties en mensen met een beperking ondersteunt bij aangepast sporten. Deze is aangesteld naar aanleiding van het onderzoek sport en gehandicapten dat in de drie gemeenten is uitgevoerd. Tenslotte wordt het bestaande beweegaanbod voor ouderen gehandhaafd en waar mogelijk uitgebreid. Dit gebeurt in samenwerking met welzijnsorganisaties.

5.4 Overige thema's

In de komende periode zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar de thema's die door de inwoners van het Lvha zijn geprioriteerd namelijk Alcohol, overgewicht en eenzaamheid. Hieronder worden de andere thema's uitgewerkt, die op een later moment opgepakt worden.

5.4.1 Gezinsproblematiek

De meeste kinderen (95%) leven in een twee oudergezin. 2% leeft in een samengesteld en 3% in een eenoudergezin. Van de gezinnen heeft 15 % momenteel problemen met één of meer ingrijpende gebeurtenissen. Dit betreft vooral overlijden, echtscheiding of financiële problemen. 5% van de kinderen leeft in een gezin waarbij er door geldgebrek een risico kan ontstaan voor de gezondheid of het welbevinden van het kind.

40 % van de ouders ervaren problemen bij de opvoeding van hun kind. Zij benoemen vooral problemen bij het luisteren, gehoorzamen, het stellen van grenzen en problemen met de ontwikkeling. Een kwart van de ouders geeft aan bovengemiddelde stress te ervaren bij het opvoeden.

In sommige gezinnen is er op meerdere fronten het nodige aan de hand. De ouders hebben individuele problemen, zoals financiële problemen of problemen met de geestelijke of lichamelijke gezondheid. Daarnaast kunnen zich problemen in de onderlinge verhoudingen in een gezin voordoen. Hierdoor zijn

de ouders soms niet meer voldoende in staat hun ouderrol goed in te vullen. Opvoedingsproblemen, verwaarlozing, schoolverzuim en gedragsproblemen bij kinderen kunnen hier een gevolg van zijn. Ook kan een kind bijvoorbeeld gezondheids-, leer-, of gedragsproblemen hebben die van invloed zijn op de verhoudingen binnen een gezin. Het is van belang om (de oorzaak van) de problemen tijdig en integraal aan te pakken, zodat problemen niet onnodig escaleren.

Het thema gezinsproblematiek werd na alcohol, overgewicht en eenzaamheid als hoogste geprioriteerd door de burgers en bij de professionals stond gezinsproblematiek zelfs in de top drie. Het is dus een thema dat erg leeft onder burgers en professionals van de drie gemeenten en wat zeker onze aandacht heeft.

Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

Het CJG is een plek waar ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals terecht kunnen met al hun vragen over opvoeden en opgroeien. Er zijn in de drie gemeenten verschillende fysieke inlooppunten gerealiseerd waar men terecht kan met kleine en grote vragen. Daarnaast hebben de CJG's van de gemeenten een website. Binnen de CJG's vinden er ook casuïstiekoverleggen plaats waar jongeren en gezinnen worden besproken.

Naast de Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeenten Aalburg en Werkendam/Woudrichem zijn er verschillende instrumenten waarmee we proberen de jeugd zo goed mogelijk in beeld te hebben en te houden.

Elektronisch Kinddossier

Het EKD is de elektronische versie van het papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet (meer)voor onderzoek komen. Het gebruik van het EKD is sinds 2010 verplicht.

Zorg voor Jeugd

De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) is tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van Jeugd en gezin. Met de VIR worden risicosignalen van hulpverleners over jongeren, uit heel Nederland, bij elkaar gebracht. Zo kunnen hulpverleners eenvoudig en in een vroegtijdig stadium contact met elkaar opnemen voor betere hulp aan de jongere, ook al is deze verhuisd. De VIR moet ervoor zorgen dat de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen instanties verbetert. Van beroepskrachten (in jeugdgezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, veiligheid, werk en inkomen) wordt verwacht dat zij een melding doen als zij bij een jeugdige problemen vaststellen die een risico vormen voor diens ontwikkeling. De afweging om wel of niet te melden dient bij voorkeur gebaseerd te zijn op kwalitatief goede meldcodes, richtlijnen en protocollen.

Binnen gemeenten zijn duidelijke, sluitende afspraken gemaakt te worden over wie de zorgcoördinatie voert over de hulpverlening. De gemeenten zien erop toe dat er daadwerkelijk actie wordt ondernomen. In onze gemeenten zijn we aangesloten op het signaleringssysteem 'Zorg voor Jeugd' dat per 1 juli 2010 is aangehaakt aan de VIR.

5.4.2 Roken

Een op de zes kinderen van 0 t/m 11 jaar wordt in huis bloot gesteld aan (sigaretten)rook. Bij jongeren is dit een op de vier. Gemiddeld rookt 85 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar niet. Onder de volwassenen daalt het rookgedrag maar rookt nog steeds 20 %. Bij ouderen is dit 15 %.

Door de drie gemeenteraden is roken aangeduid als belangrijk speerpunt in het gezondheidsbeleid. Landelijk worden veel maatregelen getroffen om het roken tegen te gaan, zoals het rookverbod in de horeca en accijnsverhoging. Gemeenten kunnen aanvullend hierop preventieve voorlichting organiseren. Dit zal in overleg met scholen en andere intermediairs opgezet worden, waarbij dit gecombineerd kan worden met andere voorlichtingsactiviteiten voor bijvoorbeeld drugs.

Het beleidsdoel voor dit thema is het voorkomen dat jongeren gaan roken.

5.4.3 *Drugs*

Een op de 12 jongeren heeft wel eens drugs gebruikt. Dit gaat voornamelijk over cannabisgebruik. Nauwkeurige gemeentelijke gegevens over het drugsgebruik zijn niet beschikbaar.

Ook drugsgebruik kan leiden tot gezondheidsschade. Er zijn verschillende soorten soft- en harddrugs te onderscheiden. Denk hierbij aan Cannabis, Hasj, Cocaïne, heroïne, GHB, XTC, paddo's etc. Hoewel alcohol de meest zorgwekkende drugs is, mag het gebruik van deze vormen van drugs niet onderschat worden. De komende jaren zullen ook preventieactiviteiten op dit terrein worden voortgezet op de scholen, sportverenigingen, kerken etc. We werken hierin ondermeer samen met onze partners GGD West Brabant, Novadic-Kentron en stichting De Hoop. Ook vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin kan informatie worden gegeven betreffende drugs.

Het centrale beleidsdoel voor dit thema is enerzijds het voorkomen dat jongeren drugs gaan gebruiken, en anderzijds het inzetten van hulpverlening bij signalen van drugsgebruik. Vanuit het beleidsveld veiligheid wordt ook ingezet op het voorkomen van overlast als gevolg van drugsgebruik.

5.4.4 *Schoolverzuim*

Een leerling die niet op school is tijdens de lessen die hij moet volgen verzuimt van school. Soms heeft hij daarvoor een geldige reden bijvoorbeeld ziekte of afwezigheid met toestemming. Dit heet geoorloofd verzuim. Bij het ontbreken van een geldige reden heet het ongeoorloofd verzuim, ofwel spijbelen. De school bepaalt of er sprake is van een geldige of ongeldige reden voor verzuim.

Risico's schoolverzuim

Verzuim kan leiden tot leerachterstanden, wat vervolgens kan leiden tot uitstroom naar een lager onderwijsniveau of het niet behalen van een startkwalificatie. Ook kan het verzuim invloed hebben op de omgang met klasgenoten en op de zelfstandigheid en het oplossend vermogen van de jongere.

Schoolverzuim is een signaal

Achter schoolverzuim schuilen vaak andere problemen. Bijvoorbeeld een onrustige thuissituatie of leer- en motivatieproblemen. Leerlingen kunnen ook lichamelijke klachten hebben veroorzaakt door stress of leefstijl.

De aanpak van ongeoorloofd verzuim is bij wet geregeld. Voor de aanpak van geoorloofd verzuim is afgesproken dat de school de leerling na vier weken meldt bij de leerplichtambtenaar. In de tussenliggende periode moeten betrokken partijen zelf aan de slag! Bundeling van de krachten van de jongere, zijn ouders/verzorgers en professional versterkt de aanpak. Systematisch aandacht en zorg besteden aan de ziek gemelde jongere en de inzet van ziekteverzuimbegeleiding werkt preventief.

Uit de gezondheidsmonitor van de GGD West-Brabant blijkt dat een op de acht jongeren van 12 t/m 18 jaar de afgelopen vier weken gespijbeld heeft. Dit is meer dan gemiddeld in West-Brabant. Een kwart van deze jongeren heeft de afgelopen 4 weken verzuimd van school. Het gezondheidsdoel bij dit thema is het zoveel mogelijk beperken van schoolverzuim.

5.4.5 *Depressie*

Bijna alle kinderen voelen zich vrolijk. Depressie komt nauwelijks voor. 3% van de jongeren voelt zich somber. Een derde van de volwassenen heeft een (matig tot hoog) risico op het ontwikkelen van een angststoornis of depressie. Bij ouderen heeft de helft een verhoogd risico op depressie.

Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen beschermen tegen depressie. Preventie richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen, waardoor de kans op depressie afneemt.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Het voorkomen van depressies door het inzetten van preventieve programma's en het bestrijden van depressies door het bevorderen van vroegsignalering en het verlagen van de drempel voor de hulpvraag.

5.4.6 *Maatschappelijke opvang*

Maatschappelijke opvang is tijdens het 1^e burgerpanel als thema geagendeerd door een inwoner.

Maatschappelijk opvang is als wettelijke taak opgenomen in de Wmo, waarin de bevoegdheid voor het beleid is neergelegd bij de centrumgemeente Breda. Deze stelt het beleid op, in samenspraak met de regio-gemeenten; dit onder de noemer van het Stedelijk Kompas. Centraal doel hierbij is het voorkomen van dakloosheid, en waar het toch optreedt binnen 24 uur passende opvang te realiseren.

Het bieden van opvang is een verantwoordelijkheid voor alleen de centrumgemeente. Een opvanglocatie kan wel decentraal, met instemming van de betreffende gemeente, gerealiseerd worden. Alle gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk voor de preventie van dakloosheid en de nazorg. Door een convenant met woningcorporaties en het maatschappelijk werk wordt hieraan invulling gegeven. Deze wordt in 2013 geëvalueerd. Daarnaast wordt in vervolg op onderzoek van de drie wmo-adviesraden beoordeeld of aanpassing van het beleid noodzakelijk is. Er zijn namelijk signalen dat er onvoldoende opvangplaatsen beschikbaar zijn, en deze vaak niet bereikbaar zijn.

Maatschappelijk opvang valt primair onder het Wmo-beleid. In deze nota wordt het dan ook niet verder uitgewerkt.

5.4.7 *Internetverslaving*

Internetgebruik begint op jonge leeftijd. Kinderen van 4 t/m 11 jaar zitten gemiddeld ruim 80 minuten per week op internet. Een op de twintig ouders geven aan nooit mee te kijken met het internetgebruik. De helft van de jongeren van 12 t/m 18 jaar bezoekt dagelijks social media sites. Een op de 25 jongeren geeft aan internetverslaafd te zijn. Een op de 12 jongeren gamen dagelijks online en een op de 7 winkelt, surft of zoekt dagelijks informatie. Een op de 20 jongeren is het afgelopen jaar digitaal gepest.

Het gebruik van internet is inmiddels doorgedrongen tot het dagelijks leven van mensen. Uit onderzoek (Van Rooij & Van den Eijnden, 2007) komt naar voren dat bijna alle scholieren in Nederland toegang hebben tot internet. Onderzoek van E-movo laat zien dat 7% van de jongeren een internetverslaving heeft en 30% van de jongeren zit meer dan 15 uur per week privé op internet zit. De internetverslaving heeft betrekking op het bezoek aan diverse sociale media sites en gaming.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Meer inzicht krijgen in cijfers over internetverslaving in het Lvha en onderzoeken welke interventies passend zijn om internetverslaving te bestrijden en voorkomen. Er zijn op dit moment geen lokale gegevens over dit thema bekend.

5.4.8 *Gehoorschadiging*

Jongeren worden in meer of mindere mate blootgesteld aan vrijetijdslawaai. Onder vrijetijdslawaai valt bijvoorbeeld het geluid in discotheken, festivals, concerten en van mp3- spelers. Door blootstelling

aan deze geluiden lopen jongeren een verhoogd risico op permanente gehoorschade. Er zijn landelijke cijfers beschikbaar over gehoorschade door vrijetijdslawaai. Een groot deel van de bevolking loopt risico op gehoorschade en heeft last van het gehoor. Er is een toename van 84% in 2010 naar 90 % in 2012. Dit is een duidelijke stijging. Dat terwijl de helft van de bevolking denkt dat gehoorbescherming niet nodig is. Voor onze gemeenten zijn geen lokale gegevens bekend.

Aandacht voor preventie van gehoorschade is daarom belangrijk, omdat zo getracht wordt gehoorschade te voorkomen of zo veel mogelijk te beperken. De doelstelling kan als volgt geformuleerd worden:

“preventieve maatregelen nemen om gehoorbeschadiging bij jongeren in de leeftijd van 13 tot 21 te voorkomen en zoveel mogelijk te beperken, door aan te sluiten bij landelijke voorlichtingscampagnes”

6 Uitvoering van het beleid

6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma

Zoals eerder geconcludeerd is een vierjarig uitvoeringsprogramma niet flexibel genoeg om in te kunnen spelen op veranderende omstandigheden. Daarom is ervoor gekozen in de nota gezondheidsbeleid in algemene zin aan te geven welke activiteiten uitgevoerd zullen worden, op welke thema's. De algemene doelstellingen per thema zijn ook benoemd in de nota.

Aan de nota worden jaarlijkse uitvoeringsprogramma's gekoppeld, die door de colleges van B&W vastgesteld zullen worden en ter kennisname naar de gemeenteraden worden gestuurd. Het uitvoeringsprogramma is voor een groot deel gebaseerd op de uitkomsten van het participatietraject. Daarnaast zullen ook projecten en activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd worden op initiatief van de gemeenten zelf.

In tegenstelling tot de voorgaande jaren, is het de bedoeling om de uitvoering van de nota waar mogelijk gezamenlijk op te pakken, waarbij iedere gemeente voor een aantal thema's verantwoordelijk is. Dit bevordert de kwaliteit van het beleid. De thema's worden jaarlijks naar evenredigheid verdeeld over de gemeenten. Een belangrijke voorwaarde hierbij is afstemming tussen de gemeenten. Ambtelijk zal dat periodiek gebeuren, bestuurlijk zal jaarlijks het uitvoeringsprogramma en de evaluatie ervan gezamenlijk besproken worden. In bepaalde gevallen zal lokale uitvoering plaats blijven vinden, met name als er veel raakvlakken zijn met ander lokaal beleid.

6.2 Financieel kader

In het algemeen wordt voor alle gemeenten het beschikbare budget voor gezondheidsbeleid als kader gebruikt. Voor de uitvoering van de nota zijn geen extra middelen nodig. Omdat de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid in de komende jaren per onderwerp zal plaatsvinden voor de drie gemeenten gezamenlijk, worden de kosten van deze projecten verdeeld over de gemeenten op basis van het inwoneraantal.

Tijdens het laatste burgerpanel zijn drie projecten benoemd, die in 2013 uitgevoerd zullen worden en waarbij de prioriteit in eerste instantie ligt. De projecten zijn in hoofdstuk 4 beschreven. Ze zijn ook in het uitvoeringsprogramma 2013 opgenomen. Gedurende het jaar worden de projecten samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en vervolgens uitgevoerd. Hieronder is een globaal aangegeven welke kosten verwacht worden bij de projecten. Gezien de fase waarin de projecten zich bevinden, is slechts een inschatting te maken van de kosten. Voor de projecten is door het burgerpanel een budget toegekend, deze is in onderstaand overzicht meegenomen:

Project	Budget Burgerpanel	Extra benodigd budget	Totaal
Alcoholpreventie	€ 5.000,-	€ 5.000,-	€ 10.000,-
Ga Wandelen	€ 3.000,-	€ 2.000,-	€ 5.000,-
Bewegen met bekenden	€ 2.000,-	€ 2.000,-	€ 4.000,-

Waar mogelijk zullen via subsidies en/of fondsen extra middelen worden aangevraagd voor het gezondheidsbeleid. Ook zal indien mogelijk de samenwerking met ondernemers en organisaties worden versterkt. Hiermee kan een extra impuls worden gegeven aan interactieve projecten.

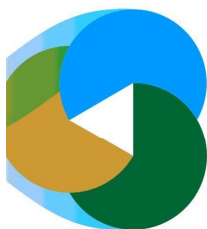
7 Evaluatie

De nota heeft een looptijd van 2013 tot en met 2016. Halverwege de looptijd zal een tussentijdse evaluatie worden uitgevoerd, op basis waarvan (indien nodig) de uitvoering kan worden bijgesteld. Aan het einde van de looptijd, zal de nota geëvalueerd worden.

De werkwijze bij het opstellen van de nota zal ook doorgezet worden bij de evaluatie ervan. Op een interactieve manier zullen inwoners en organisaties in de gelegenheid worden gesteld een bijdrage te leveren aan de evaluatie. Deze heeft dan betrekking op zowel het participatieproces, als de uitvoering van de nota.

Bijlagen
(Zie bijlagenboek)

- Bijlage 1: Evaluatie nota volksgezondheid 2008 – 2012 per gemeente
Bijlage 2: Uittreksel gezondheidsmonitors GGD



GEZOND ALTENA
AALBURG WERKENDAM WOUDRICHEM

Gezond Altena

Nota gezondheidsbeleid Land van Heusden en Altena 2013-
2016

Voorwoord

Voor u ligt de nota gezondheidsbeleid 2013-2016 van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem (vanaf nu de drie gemeenten genoemd). In deze nota kunt u lezen waar de drie gemeenten zich de komende jaren in het kader van het gezondheidsbeleid op willen richten.

Gezondheid is belangrijk voor mensen. Een goede gezondheid draagt bij aan het persoonlijk welbevinden en bij alles wat je in het leven doet. Gezondheid is een groot goed maar tegelijk ook een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk mee te kunnen doen, voor werk en in vrije tijd.

Integraal Gezondheidsbeleid heeft veel facetten en kent veel actoren. Gemeenten kunnen het niet alleen, maar zijn afhankelijk van andere spelers in het veld. Zo spelen onder andere de GGD, welzijnsinstellingen, zorgaanbieders, huisartsen een belangrijke rol, maar ook scholen, ondernemingen kunnen bijdragen aan de bevordering van de gezondheid. De belangrijkste rol is echter weggelegd voor de inwoners zelf. Zij hebben bij uitstek de mogelijkheid hun eigen gezondheid, die van hun kinderen en/of ouders mede te bepalen.

Via een actief participatietraject hebben burgers en deskundigen gezamenlijk mede richting gegeven aan de keuze van de speerpunten zoals deze terug komen in deze beleidsnota. Doel van dit participatietraject was de betrokkenheid en draagvlak van inwoners en deskundigen bij het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's als de doelen en uitvoering van het beleid.

De drie gemeenten willen dan ook iedereen bedanken voor hun bijdrage en hopen elkaar ook in de komende beleidsperiode goed weten te vinden. In het belang van de gezondheid van inwoners van het Land van Heusden en Altena.

De samenwerkende gemeenten

Inhoudopgave

Voorwoord.....	2
Inhoudopgave	3
1 Inleiding.....	4
2 Beleidskader gezondheidsbeleid	5
2.1 Wettelijk kader.....	5
2.2 Visie op gezondheid	6
3 Relaties met andere beleidsvelden	7
4 Proces totstandkoming nota.....	9
4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012	9
4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)	9
4.3 Behandeling drie gemeenteraden.....	10
4.4 Burgerparticipatie.....	10
4.5 Inventarisatie organisaties.....	13
4.6 Conclusie	13
5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016	14
5.1 Alcohol.....	14
5.2 Eenzaamheid.....	16
5.3 Overgewicht	18
5.4 Overige thema's	19
6 Uitvoering van het beleid.....	24
6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma	24
6.2 Financieel kader	24
7 Evaluatie	25
Bijlagen.....	26

1 Inleiding

Een goede gezondheid is belangrijk. Vraag aan een willekeurig persoon wat hij of zij belangrijk vindt. Vaak zal het antwoord zijn dat hij/zij gezond is en blijft. Een gezonde bevolking vormt 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.

De gemeentelijke overheid heeft een belangrijke taak op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid als het gaat om de collectieve preventie en de maatschappelijke ondersteuning. Het is de taak van de gemeente om samen met alle betrokkenen te werken aan de gezondheid van haar inwoners. Het gezondheidsbeleid zoals in deze nota opgevat, heeft met name betrekking op gezondheidsbevordering. De taak van de gemeente richt zich vooral op het voorkomen van (vermijdbare) ziekten (dit wordt ook wel collectieve preventie genoemd) en op de openbare gezondheidszorg. Echter de verbinding met de andere twee onderdelen (gezondheidsbescherming en curatieve zorg) heeft de aandacht en dan in het bijzonder de relatie met de curatieve zorgsector (eerstelijnszorg).

De nota volksgezondheid 2008-2011 was ook een gezamenlijke nota van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem. In deze nota stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit.

Binnen het speerpunt alcohol en drugs hebben de gemeenten zich gericht op preventie en voorlichtingen rondom genotmiddelen. Hier is onder andere uitvoering aan gegeven door het regionale alcoholmatigingsproject 'Think before you drink', het opstellen van een protocol Alcoholvergiftiging samen met ziekenhuizen en weerbaarheidstrainingen. Voor het speerpunt overgewicht is er voornamelijk ingezet op preventieactiviteiten door projecten als 'Lekker fit', Gezonde Veilige School en sporten voor 55+. Binnen het speerpunt depressie is voornamelijk ingezet op voorlichting en het stimuleren van ontmoetingsactiviteiten voor ouderen middels inlooppunten. Aan het speerpunt Integraliteit is onder andere invulling gegeven door samenwerking met sport combinatiefunctionarissen en jeugdgezondheidszorg.

Een aantal wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van haar burgers. Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van dit wettelijk kader. Hierin is ook de visie van onze gemeenten op het gezondheidsbeleid opgenomen. In hoofdstuk 3 wordt de relatie met andere beleidsvelden toegelicht. Het proces waardoor deze nota tot stand is gekomen wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. De thema's en doelstellingen waar we ons de komende jaren op gaan richten zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de uitvoering van dit gezondheidsbeleid en de financiële consequenties beschreven. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 omschreven hoe de uitvoering van de nota geëvalueerd gaat worden.

2 Beleidskader gezondheidsbeleid

2.1 Wettelijk kader

2.1.1 *Wet Publieke Gezondheid*

Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke hulpvraag. De publieke gezondheidszorg is er altijd voor iedereen en richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en risicogroepen. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan, die met name gericht is op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is.

De traditionele definitie van Publieke Gezondheid is het voorkomen van ziekte, verlenging van de levensverwachting en het bevorderen van gezondheid door georganiseerde inspanningen van de maatschappij. De publieke gezondheidszorg is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten.

Gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de volgende taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg:

- algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering, technische hygiëne zorg, psychosociale hulpverlening bij ongevallen, rampen en ingrijpende gebeurtenissen en medische milieukunde. In de 2e tranche WPG is toegevoegd dat gemeenten zorgdragen voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
- jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5),
- ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a), het betreft het zorgdragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Lokaal zijn er al veel voorzieningen zoals huisartsen, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. De interventies zijn vooral gericht op het verbinden en faciliteren van deze lokale initiatieven. Het vindt zijn uitwerking ook grotendeels in het wmo-beleid.
- infectieziektebestrijding (artikel 6).

Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en laat de Wpg weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van meer gemeentelijke beleidsvrijheid. De keuzes die de gemeente op dit gebied maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens artikel 13 van de Wpg elke vier jaar opstelt. Hierin is aandacht voor gemeentelijke doelstellingen, resultaten en acties die in een bepaalde tijdperiode worden ondernomen. De landelijke prioriteiten uit de landelijke nota worden hierbij in acht genomen. Gemeenten kunnen gemotiveerd afwijken van deze prioriteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de cijfers over gezondheid van de inwoners of lokale omstandigheden.

2.1.2 *Rol van de GGD*

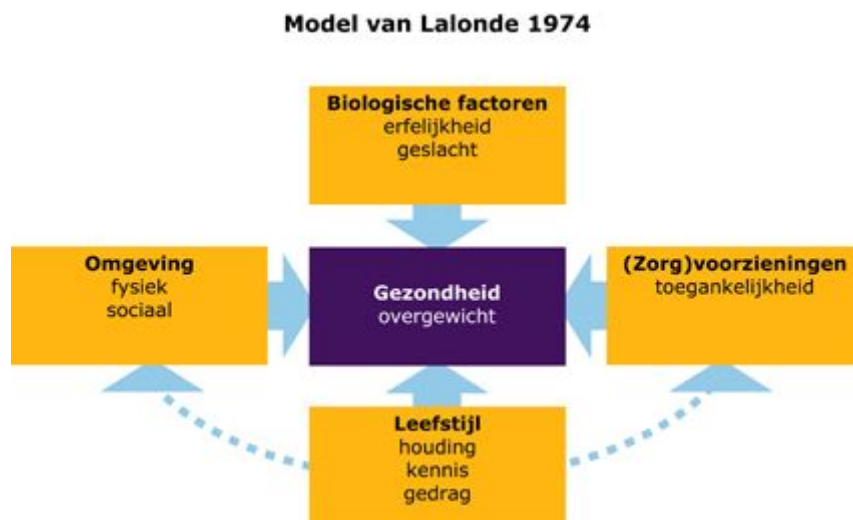
Volgens artikel 14 van de Wpg hebben gemeenten de taak een GGD in stand te houden voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Dat wil overigens niet zeggen dat alleen de GGD deze taken uitvoert; verschillende andere partijen kunnen een belangrijke rol spelen. Daarnaast bevat artikel 16 van de Wpg een bepaling: voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg, vraagt het college van B en W advies aan de GGD.

Naast de Wpg bevatten ook andere wetten voorschriften die (uiteindelijk) gezondheid als doel hebben. Voorbeelden zijn de wet Kinderopvang, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Drank- en horecawet.

2.2 Visie op gezondheid

Gezondheid is een groot goed. Gezonde burgers nemen deel aan de samenleving: zij kunnen leren, werken en voor elkaar zorgen. Gezondheidsbeleid is een investering in de samenleving. Een gezonde gemeente werkt aan een duurzame gezonde toekomst met en voor al haar inwoners.

Gezondheid is een breed begrip. Er is onderscheid tussen de feitelijke gezondheidssituatie en de beleving van de gezondheid door de burgers. Ook mensen met een ziekte of handicap kunnen zich gezond voelen. Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Het is een proces van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, dat wordt beïnvloed door verschillende factoren. Het, al oude, model van Lalonde brengt die factoren nog steeds het meest duidelijk in beeld:



Lokaal gezondheidsbeleid zal moeten aangrijpen bij deze factoren. Dit model van Lalonde maakt ook het belang van integraal werken aan gezondheid duidelijk. Andere beleidsterreinen, zoals sport, jeugd, ruimtelijke inrichting, milieu en Wmo, kunnen in hun beleid gezondheidsdoelen opnemen en zo bijdragen aan een gezonde samenleving. Andersom kunnen gezonde burgers weer een positieve bijdrage leveren aan deze verschillende beleidsterreinen.

Het realiseren van een duurzaam gezonde toekomst voor de inwoners van het Land van Heusden en Altena vraagt om de volgende aanpak:

- burgerkracht inzetten. Met eigen kracht, verantwoordelijkheid, weerbaarheid en basisvaardigheden kunnen burgers gezonde keuzes maken.
- andere beleidsterreinen dienen gezondheid vanzelfsprekend en structureel mee te nemen in hun activiteiten. Bijvoorbeeld door de omgeving zo in te richten dat bewoners worden uitgedaagd tot gezond bewegen.
- samenwerking met andere beleidssectoren, ketenpartners en private partijen.
- toekomstgericht denken: maatregelen van nu hebben invloed op de gezondheid van onze jongeren en hun kinderen.
- voortdurend en flexibel inspelen op maatschappelijke trends en ontwikkelingen.

3 Relaties met andere beleidsvelden

Het gezondheidsbeleid heeft veel raakvlakken met andere beleidsvelden. Op de belangrijkste wordt hieronder nader ingegaan. Deze zijn het wmo-beleid, sportbeleid, het jeugdbeleid en het veiligheidsbeleid. Ook wordt aangegeven welke raakvlakken er zijn met de drie decentralisaties in het sociale domein.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Het centrale doel van de Wmo is mensen in staat te stellen mee te doen in de samenleving. Door preventief gezondheidsbeleid neemt de kans toe dat mensen in staat zijn dit te realiseren zonder ondersteuning door de gemeenten. Immers bij een goede fysieke en mentale gezondheid zijn er minder belemmeringen te participeren in de maatschappij. Prestatieveld 9 van de Wmo gaat over het bestrijden en voorkomen van verslaving. Preventief verslavingsbeleid binnen het domein van de volksgezondheid sluit hierop aan.

Andersom draagt het Wmo-beleid bij aan het bevorderen van de volksgezondheid. Door mensen te ondersteunen om mee te kunnen doen in de samenleving wordt het welbevinden bevorderd. Zo wordt bijvoorbeeld eenzaamheid bestreden. Ook kunnen mensen met behulp van hulpmiddelen hun eigen gezondheid bevorderen.

Jeugdbeleid

Het jeugdbeleid is erop gericht dat jongeren van 0 tot en met 23 zo veilig mogelijk opgroeien tot gezonde en gelukkige volwassenen, die volwaardig meedoen in de samenleving. Het gezondheidsbeleid is voor een groot deel op jongeren gericht, aangezien daar structureel de meeste winst is te behalen. Daarnaast zijn instellingen binnen het jeugdbeleid en de jeugdgezondheidszorg, zoals de GGD, Thebe, maatschappelijk werk en De Vleet, en scholen essentiële uitvoeringspartners in het gezondheidsbeleid.

Sportbeleid

De doelstelling van het sportbeleid is dat alle inwoners van de gemeente, ongeacht hun leeftijd of fysieke gesteldheid, op een verantwoorde, sociale en laagdrempelige wijze, aan enige vorm van bewegen en sportbeoefening kunnen doen. De raakvlakken liggen met name bij het voorkomen en bestrijden van overgewicht. Bewegen en sporten hebben echter ook een positieve invloed op de mentale gezondheid van mensen, bijvoorbeeld doordat mensen weerbaarder worden en gezamenlijke activiteiten bijdragen aan de eenzaamheidsbestrijding.

Veiligheidsbeleid

Een van de speerpunten in het veiligheidsbeleid is 'zorg voor jeugd', waarin de doelstelling is het aandacht blijven geven aan en het onder de aandacht brengen van het (overmatige) gebruik van alcohol en drugs onder de jeugd. Preventief beleid bij alcohol en drugs is eveneens een van de speerpunten in het gezondheidsbeleid.

Decentralisaties

In de komende jaren worden gemeenten verantwoordelijk voor uitvoering van de jeugdzorg, Participatiewet en begeleiding en verzorging uit de AWBZ. Het kabinetsbeleid is daarbij gericht op 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Bij het thema gezinsproblematiek komt deze aanpak terug. Daarnaast kan door preventief gezondheidsbeleid een beroep op voorzieningen en/of ondersteuning in het kader van de nieuwe taken beperkt worden. Met het oog op de geraamde bezuinigingen op de uitvoering van de taken, zijn effectieve preventieve interventies zeer belangrijk. Deze zijn goedkoper en werken langer door dan het bieden van ondersteuning als beperkingen of problemen zich al manifesteren.

Andere beleidsvelden

Integraal gezondheidsbeleid houdt ook in dat er naast het sociale domein, ook in de fysieke omgeving rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten. De inrichting van de fysieke omgeving kan bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid, bijvoorbeeld doordat het beweging meer stimuleert, of het leefmilieu minder belast (bijvoorbeeld geluidsoverlast, luchtverontreiniging). Ook dragen gemeentelijke voorzieningen als riolering en de destructie van kadavers bij aan de volksgezondheid. Aangezien deze gericht zijn op de bescherming van de volksgezondheid en niet op bevordering ervan, worden deze niet verder uitgewerkt.

4 Proces totstandkoming nota

In dit hoofdstuk wordt aangegeven op welke wijze de nota tot stand is gekomen. Omdat hiervoor een vernieuwende manier is gebruikt, wordt er uitgebreid bij stil gestaan. De onderwerpen die van invloed zijn geweest op het proces en de keuze van de inhoudelijke gezondheidsthema's worden hieronder uitgewerkt. Deze zijn achtereenvolgens de nota gezondheidsbeleid 2008-2012, gezondheidsgegevens van de GGD, behandeling in de opiniërende raadsvergaderingen van de drie gemeenten en het participatietraject. Het participatietraject is op een vernieuwende interactieve manier uitgevoerd, waarmee onze gemeenten nog geen ervaring hadden. Het is daardoor gelijk een leerproces geweest, dat we kunnen toepassen op toekomstige trajecten.

4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012

In de nota gezondheidsbeleid 2008 – 2012 stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit. In Woudrichem waren daarnaast nog een drietal lokale speerpunten: gezondheidscentra, ouderenadviseurs en AED's. Het actieprogramma voor de gezamenlijke speerpunten bestonden hoofdzakelijk uit twee pijlers: het vergroten van de bewustwording door voorlichting en activiteiten op scholen en welzijnsinstellingen, en het vroegtijdig signaleren en aanpakken van problemen, door de weerbaarheid en sociale vaardigheden van de jongeren te versterken middels trainingen en cursussen.

De uitvoering van de nota is lokaal in de afzonderlijke gemeenten georganiseerd. Hierdoor zijn er in de uitvoering verschillen ontstaan en zijn verschillende accenten gelegd. Dit is niet altijd effectief en efficiënt gebleken en is niet helder voor de organisaties en inwoners. Aangezien onze gemeenten in de toekomst nog meer zullen samenwerken en een gezamenlijke uitvoering effectiever is, willen we deze nota gezamenlijk uitvoeren, waarbij iedere gemeente een aantal speerpunten voor zijn rekening neemt.

Omdat de uitvoering lokaal is gedaan, en de gemeente Woudrichem lokale speerpunten heeft vastgesteld, zijn uitgebreidere lokale evaluaties opgesteld. Deze zijn in de bijlage bij deze nota opgenomen.

De speerpunten uit de nota 2008 – 2012 zijn nog steeds actueel. Ook in de landelijke nota gezondheidsbeleid worden deze als speerpunten aangemerkt. Daarom zijn deze in de startnotitie die in het najaar van de 2012 in de gemeenteraden is besproken, als thema's meegenomen.

4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)

De GGD onderzoekt jaarlijks de gezondheidssituatie van een bepaalde doelgroep in de gemeenten. Iedere doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen) wordt zo 1x per vier jaar onderzocht. Deze onderzoeken leveren waardevolle informatie over de gezondheidstoestand van de gemeenten en bieden inzicht in ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Doordat alle gemeenten gelijktijdig worden onderzocht, kunnen lokale gegevens afgezet worden tegen regionale gegevens of gegevens van andere gemeenten. Dit geeft een uitstekend referentiekader, waarop de keuzes voor het beleid gebaseerd kunnen worden.

Daarnaast kunnen de monitors gebruikt worden om een indicatie te geven van de effecten van het uitgevoerde beleid. Hierbij moet echter een grote slag om de arm worden gehouden, aangezien veel externe factoren van invloed zijn op de ontwikkelingen. Deze liggen meestal buiten de invloedssfeer van de gemeenten.

Op basis van de GGD-gegevens is geconcludeerd dat voortzetting van de bestaande speerpunten wenselijk is. In de bijlage bij deze nota is een overzicht gegeven van de belangrijkste cijfers.

4.3 Behandeling drie gemeenteraden

In het najaar van 2012 is in de drie afzonderlijke gemeenteraden opiniërend gesproken over de startnotitie voor deze nota. Bij de behandeling in Woudrichem is aangegeven dat roken als speerpunt toegevoegd zou moeten worden. In Werkendam is naast roken ook gehoorbeschadiging als extra thema aangemerkt. In Aalburg tenslotte is geconcludeerd dat depressie en eenzaamheid weliswaar veel raakvlakken hebben, maar dat ze wel gescheiden moeten worden. Depressie is een ziekte/aandoening, eenzaamheid is een sociale omstandigheid. Voor beide is dan ook een andere aanpak nodig.

Op aanraden van de GGD zijn de thema's gezinsproblematiek en schoolverzuim nog toegevoegd. Daarnaast zijn alcohol en drugs als afzonderlijke thema's benoemd, gezien de verschillende aanpak bij beiden. Voor alcoholpreventie loopt bijvoorbeeld het regionale project Think Before You Drink. Voor drugs is er geen regionaal programma. Daarnaast is alcohol vanaf 18 jaar in principe legaal, terwijl drugs dat niet zijn.

4.4 Burgerparticipatie

Kern van het proces is geweest de nota zo interactief mogelijk met inwoners in instellingen op te stellen. Inwoners kregen daarbij een heel belangrijke rol bij het bepalen van de gezondheidsthema's voor de komende jaren. De doelstelling van het participatietraject is de betrokkenheid van inwoners bij en het draagvlak onder inwoners voor het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's, als voor de doelen en uitvoering van het beleid. Binnen de formule Effectiviteit = Kwaliteit x Acceptatie ($E=K \times A$) wordt met name de Acceptatie vergroot.

Hieronder wordt het verloop van de interactieve avonden geschetst. Vervolgens wordt aangegeven op welke wijze de social media hiervoor ingezet zijn.

4.4.1 *Eerste burgerpanel - (prioriteren thema's*

Het eerste burgerpanel (op 3 december 2012) is gestart met de gezondheidsthema's op basis van de bestaande nota, de behandeling in de gemeenteraden, en advies van de GGD. Tijdens de eerste interactieve avond is door een inwoner het onderwerp maatschappelijke opvang als thema naar voren gebracht. Tijdens het eerste burgerpanel waren ongeveer 50 inwoners aanwezig.

De thema's zijn door ambassadeurs via wervende presentaties 'gepromoot' bij het burgerpanel. De ambassadeurs zijn afkomstig van organisaties waar het betreffende thema tot haar kerntaak behoort, en waar veel kennis aanwezig is. Dit betreft de GGD (alcohol en overgewicht), Trema (gezinsproblematiek), De Vleet (eenzaamheid), Rivas (roken), Altena College (schoolverzuim), Novadic Kentron (drugs), Indigo/GGZ Breburg (depressie), Thebe (overgewicht), de Hoop (internetverslaving) en een Gehoorconsulent (gehoorbeschadiging). De inwoner die maatschappelijke opvang heeft geagendeerd, heeft deze zelf gepresenteerd. Vervolgens hebben de inwoners middels het toewijzen van fictieve budgetten de thema's geprioriteerd. Dit heeft geresulteerd in de hieronder staande rangorde:

Thema	Bedrag
Alcohol	€ 2550
Eenzaamheid	€ 2300
Overgewicht	€ 2250
Gezinsproblematiek	€ 2100
Roken	€ 1700
Drugs	€ 1600
Schoolverzuim	€ 1050
Depressie	€ 950
Maatschappelijke opvang	€ 900
Internetverslaving	€ 700
Gehoorschadiging	€ 500

Op basis van deze uitslag is voor het tweede burgerpanel besloten door te gaan met de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht. Deze thema's krijgen in eerste instantie dan ook de meeste aandacht bij de uitvoering van het beleid. Hierbij is wel duidelijk aangegeven dat aan de andere thema's wel uitvoering gegeven wordt, maar dat dat pas op een later moment en minder intensief (vanuit gezondheidsbeleid) zal gebeuren. Vanuit andere beleidsterreinen kan hierop nog wel steeds ingezet worden.

4.4.2 *Tweede burgerpanel -Van doelen naar acties*

Het tweede burgerpanel is gebruikt om de doelen van het beleid op de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht te benoemen en bij deze doelen acties te bedenken. Hierbij waren ca 80 inwoners aanwezig, waarbij veel aanwezigen op het eerste burgerpanel ook nu weer aanwezig waren. De inhoudelijke begeleiding is door de ambassadeurs, gemeenten en andere deskundigen gedaan.

Uit ervaringen van een andere gemeente (Laarbeek) is gebleken dat het voor inwoners heel moeilijk is doelen te formuleren. Daarom is ervoor gekozen vooraf doelen te formuleren en deze voor te leggen aan de inwoners. Deze konden zich vinden in de gestelde doelen. De geformuleerde doelen komen in hoofdstuk 5 terug.

Door middel van brainstormtechnieken zijn vervolgens door de inwoners gezamenlijk plannen bedacht waarmee de doelen bereikt kunnen worden. Hieruit zijn diverse acties naar voren gekomen die de inwoners geschikt achten voor uitvoering. Ambtelijk zijn de voorgestelde plannen beoordeeld op haarbaarheid. Dit heeft geleid tot 8 plannen die verder uitgewerkt konden worden. Een aantal andere acties zijn als onhaalbaar bestempeld omdat ze te complex waren, of niet vanuit het oogpunt van gezondheidbevordering bedacht waren. Andere plannen konden samengevoegd worden, of bestonden al.



4.4.3 *Derde burgerpanel (uitwerken acties en voteren budget)*

Het doel van het derde burgerpanel, waar weer ca. 80 personen aanwezig waren, was de 8 geselecteerde plannen verder uit te werken, en door een jury en inwoners hiervoor budgetten toe te laten kennen.

Het uitwerken van de 8 plannen is gedaan onder begeleiding van de ambassadeurs en andere deskundigen. Vervolgens zijn deze gepresenteerd aan de jury, bestaande uit drie portefeuillehouders en drie inwoners. De beoordeling heeft plaats gevonden op basis van de criteria: creativiteit, competitie-element, bereik, inwonerbetrokkenheid, realistisch budget en zichtbaarheid in de

gemeenten. De jury heeft punten toegekend, waarna de inwoners via een stemming de top 3 hebben bepaald, op basis waarvan de projecten in aanmerking komen voor een bepaald uitvoeringsbudget.

Dit heeft erin geresulteerd dat de volgende plannen als eerste uitgevoerd zullen worden, samen met de inwoners en betrokken organisaties, met inzet van het toegekende budget:

1. Preventieprogramma alcohol € 5.000,-
2. Ga wandelen (eenzaamheid) € 3.000,-
3. Bewegen met bekenden (overgewicht) € 2.000,-



De budgetten zijn beschikbaar gesteld vanuit de middelen voor gezondheidsbeleid.

De overige projecten zullen waar mogelijk ook uitgevoerd worden, de eerste focus zal echter liggen bij bovenstaande projecten.

4.4.4 Inzet social media

Onder de noemer Gezond Altena is bij het participatietraject ook gebruik gemaakt van social media: Facebook en Twitter. Hierop zijn berichten geplaatst en zijn de bijeenkomsten aangekondigd. Het blijkt lastig te zijn een publiek op Facebook op te bouwen; en op deze manier meer inwoners te bereiken. Veel inwoners participeren liever in bijeenkomsten. Het aankondigen van de bijeenkomsten op Twitter heeft naar onze indruk wel de nodige aandacht gegenereerd. Dit is echter niet gemeten.

Ter voorbereiding van het participatietraject is gesproken met jongeren uit onze gemeenten. Tijdens dit gesprek bleek dat het niet haalbaar was bij het opstellen van de nota een geschikte benadering van de jongeren via social media op te zetten. Dit zit in de specifieke benaderingswijze van jongeren die nodig is. Wel willen we de komende periode jongeren betrekken bij het gezondheidsbeleid. Om een geschikte methode te ontwikkelen is van Zon MW een subsidie van € 15.000,- ontvangen. Deze wordt via de GGD en de academische werkplaats van de universiteit Tilburg ingezet. Het onderzoek richt zich specifiek op ons gebied en zal door middel van focusgroepen plaatsvinden. De resultaten worden half mei verwacht.

Overigens zijn bij de burgerpanels ook jongeren aanwezig geweest, zodat deze doelgroep in deze fase wel inbreng heeft gehad.



Facebook: [Gezond Altena](#)

Twitter: [@gezondaltena](#)

LinkedIn: [Gezond Altena](#)

4.5 Inventarisatie organisaties

Relevante organisaties als maatschappelijk werk, scholen, GGD, enz. zijn in de gelegenheid gesteld schriftelijk prioriteiten aan te geven en hun wensen en behoefte aan te geven. Ook is gevraagd wat zij zelf kunnen bijdragen op de verschillende thema's.

Opvallend is dat gezinsproblematiek door de organisaties als het belangrijkste thema is aangeduid. De thema's overgewicht en alcohol zijn daarnaast de belangrijkste thema's voor organisaties. Eenzaamheid komt minder prominent naar voren; dit wordt meer als sociaal probleem ervaren. Omdat in het kader van de burgerparticipatie de mening van inwoners leidend is, is eenzaamheid toch als thema gehandhaafd in het verdere traject. In de uitvoering van het beleid krijgt gezinsproblematiek, naast de drie andere thema's een prominente plaats. Dit heeft veel raakvlakken met het Centrum voor Jeugd en Gezin en de komende decentralisaties.

De rode draad in de inventarisatie onder organisaties is de nadruk op voorlichting, preventie en vroegsignalering. De organisaties benadrukken het belang van het betrekken van de ouders hierbij. Daarnaast wordt ook veelvuldig aangegeven dat organisaties (en inwoners) samen moeten werken om de doelen te bereiken en een integrale aanpak moeten nastreven. Deze elementen worden meegenomen in het uitvoeringsprogramma.

De meeste organisaties hebben aangegeven een bijdrage te willen en kunnen leveren op het gezondheidsbeleid. Op basis van hun opgave, zullen ze bij de uitvoering van het beleid betrokken worden.

4.6 Conclusie

Het participatieproces heeft een zinvolle bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de nota en het uitvoeringsprogramma. Het draagvlak is vergroot en er zijn vanuit de inwoners creatieve projecten bedacht. Het momentum dat hierbij is ontstaan biedt kansen voor een participatieve uitvoering van de nota. Deze willen we dan ook zeker vasthouden.

De inzet van social media zal hiervoor verder uitgebouwd worden, met behulp van een onderbouwde methode. Hiermee worden vooral jongeren nauwer betrokken bij het gezondheidsbeleid in onze gemeenten.

5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016

Op basis van het hiervoor beschreven proces zijn de thema's voor het gezondheidsbeleid in de komende jaren bepaald. Deze worden in dit hoofdstuk uitwerkt, waarbij steeds de bestaande situatie wordt beschreven, de doelen van het beleid en de activiteiten die we daarvoor uitvoeren. De thema's worden op volgorde van prioriteren door het burgerpanel behandeld.

5.1 Alcohol

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

5.1.1 *Omschrijving lokale situatie*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat 2 tot 5 % van de kinderen jonger dan 12 jaar wel eens alcohol heeft gedronken. Een kwart van de jongeren van 12 t/m 18 jaar is een bingedrinker (5 glazen of meer per gelegenheid) wat lager is dan gemiddeld in West-Brabant. 10 tot 16 % van de jongeren geeft aan afgelopen maand dronken te zijn geweest.

Bijna alle ouders in het Land van Heusden & Altena vinden dat jongeren pas vanaf 18 jaar alcohol mogen drinken. Dit is hoger dan gemiddeld in West-Brabant. In onze gemeenten wordt minder alcohol gedronken door de volwassenen en ouderen bevolking dan gemiddeld in West-Brabant maar gemiddeld voldoet nog steeds 1 op de 3 tot 4 volwassenen niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik.

5.1.2 *Wat willen we bereiken?*

De doelen op het thema alcohol zijn:

1. Alcoholgebruik onder de 18 jaar voorkomen.
2. Hoe voorkomen we dat jongeren 'los' gaan zodra ze 18 jaar zijn geworden (en dus alcohol mogen drinken)
3. Hoe zorg je ervoor dat er geen alcohol meer verkocht wordt aan jongeren?

5.1.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende interactieve bijeenkomsten van het burgerpanel eind 2012 en begin 2013 zijn er verschillende projectideeën door burgers en professionals gezamenlijk uitgewerkt. Het projectidee 'voorlichting / preventie alcohol' met als doel het alcoholgebruik onder de 16 jaar terug te dringen kreeg tijdens de laatste burgerpanel de meeste stemmen van de jury, burgers en professionals. Er is aan dit project een bedrag van € 5000.- toegekend.

De bedoeling van het projectidee is om visueel aan jongeren de schadelijke gevolgen van drankgebruik duidelijk te maken. Verder wordt er gezocht naar rolmodellen in de gemeenten die de boodschap om alcohol te beperken op een positieve manier uitdragen, hierbij kan gedacht worden aan bekende sporters. Naast dit winnende idee zijn er meer ideeën aangedragen waar we in een later stadium mee aan de slag gaan.

Projectideeën die naar voren kwamen tijdens het burgerpanel zijn:

- Registratiekaart (chipkaart) alcoholgebruik
- Social marketing

- Alcohollokkers zoals breezers uit de supermarkten
- Scherpere controle en sancties
- Verandering van denken bij ouders
- Alcohol anders
- Doorgaande lijn van voorlichting van -9 mnd tot 23 jaar.

Samen met jeugd, ouders, scholen, kerken, sportverenigingen, Centra voor Jeugd en Gezin, GGD, Novadic-Kentron, De Hoop, bedrijfsleven etc. gaan we aan de slag om het project verder vorm te geven. Via de scholen worden informatieavonden opgezet waarin ouders en jeugd een belangrijke rol vervullen. De burgers gaan samen met de professionals aan de slag om de schadelijke gevolgen op een duidelijke aansprekende manier onder de aandacht te brengen.

Naast de projectideeën is er ook het regionale alcoholmatigingsprogramma 'Think before you drink'

Think before you drink

Sinds 2009 werken de 18 gemeenten in West Brabant, Novadic-Kentron en projectleider GGD West Brabant samen met vele andere (regionale) partijen en organisaties aan de volgende twee hoofddoelstellingen.

1. Géén alcoholgebruik door jongeren onder de 18 jaar
2. Géén overmatig alcoholgebruik door jongeren vanaf 18 jaar



Deze hoofddoelstellingen sluiten perfect aan bij de uitkomsten van het burgerpanel.

Jongeren en alcohol

Bij alle 18 gemeenten (waaronder de gemeenten Aalburg, Woudrichem en Werkendam) is alcoholpreventie onder jongeren een speerpunt in de nota gezondheidsbeleid en is het een aandachtspunt bij de aanpak van integrale veiligheid. Het thema jongeren en alcohol heeft ook raakvlakken met jeugdbeleid, sportbeleid, opvoedingsondersteuning, verslavingspreventie en horecabeleid. Gezamenlijk optrekken bij de integrale aanpak van alcoholgebruik onder jongeren is dus essentieel.

Projectleiding

De 18 gemeenten in de regio West Brabant hebben de GGD West Brabant opdracht gegeven om samen met partners uit het veld de problemen rondom alcoholgebruik onder jongeren aan te pakken. De GGD West Brabant vervult de rol van projectleider van 'Think before you drink'.

Stuurgroep

Het project 'Think before you drink' wordt aangestuurd door een regionale Stuurgroep, zij is verantwoordelijk voor het uitzetten van de grote lijnen van het project en voor de bewaking van de financiën. Deze Stuurgroep bestaat uit portefeuillehouders volksgezondheid uit de regio, een manager van de GGD West Brabant, een adviseur van Novadic-Kentron en de projectleider van de GGD West Brabant. De voorzitter van de Stuurgroep is de portefeuillehouder van de gemeente Drimmelen. De Stuurgroep rapporteert regelmatig over de voortgang van het project in het portefeuillehouderoverleg volksgezondheid in de regio West Brabant. Verder wordt er één keer per kwartaal een nieuwsbrief uitgebracht met daarin de belangrijkste activiteiten.

Nieuwe Drank-en Horecawet

Op 1 januari 2013 is de nieuwe Drank- en Horecawet ingegaan. In de nieuwe wet zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze alcohol in bezit hebben, zowel in de kroeg als op de openbare weg. Verkopers van alcohol die in 12 maanden tijd 3 keer worden betrapt op verboden verkoop, verliezen (tijdelijk) hun vergunning. De handhaving van de wet gaat over naar de gemeenten en kan

daarmee gericht worden ingezet. De gemeenten hebben ieder een kwartiermaker aangewezen die de invoering van de nieuwe wet zal coördineren.

Wat gaat er veranderen?

- In het kader van het streven naar reductie van de administratieve lasten wordt het vergunningsstelsel zodanig aangepast dat er minder frequent een nieuwe vergunning aangevraagd hoeft te worden;
- De burgemeester wordt, ter vervanging van het college van burgemeester en wethouders, in medebewind belast met de uitvoering van de Drank- en Horecawet;
- De gemeenteraad moet een verordening opstellen, waarbij zowel aspecten van oneerlijke mededinging als de bescherming van de jeugd moeten worden meegewogen;
- Gemeenten krijgen meer mogelijkheden om op lokaal niveau beter invulling te geven aan het alcoholbeleid, met name om overmatig alcoholgebruik onder jongeren tegen te gaan;
- Er zijn sancties opgenomen voor niet-vergunningsplichtige detailhandelaren die voor de derde keer in één jaar zwakalcoholische dranken verkopen aan jongeren onder de zestien jaar;
- Jongeren onder de zestien jaar die alcoholhoudende drank aanwezig hebben of voor consumptie gereed hebben op voor het publiek toegankelijke plaatsen (openbare weg en horecabedrijven) worden strafbaar gesteld;
- Het toezicht op de Drank- en Horecawet wordt gedecentraliseerd van het rijk naar de gemeenten.

Verhoging leeftijdsgrens alcohol

De verhoging van de leeftijd waarop alcohol mag worden verkocht gaat van 16 naar 18 jaar. Een grote meerderheid van de Tweede Kamer staat achter het initiatiefwetsvoorstel dat onlangs is behandeld. Mogelijk wordt het nog dit jaar verboden om alcoholhoudende drank te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. De nieuwe wet maakt ook het bezit van alcohol op straat en in de horeca strafbaar voor 18-minners. We houden de ontwikkelingen hieromtrent in de gaten en zullen uiteraard inspelen op veranderingen.

5.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor psychische ongezondheid. Om eenzaamheid te voorkomen, is een sociaal netwerk voor (kwetsbare) mensen van groot belang. Een netwerk van vrienden en familie betekent dat het makkelijker wordt iemand iets te vragen. Hoe groter het sociale netwerk, des te groter de hoeveelheid verkregen steun, de tevredenheid hiermee en de mate van steun die mensen verwachten te krijgen als het nodig is. Sociale steun heeft ook preventieve gevolgen voor de gezondheid. Zo beschermt sociale steun tegen het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Bij het burgerpanel scoorde het thema eenzaamheid hoog op de prioriteitenlijst. Het panel van deskundigen dacht daar anders over. Een verklaring hiervoor is dat eenzaamheid als sociaal probleem wordt gezien en niet als gezondheidsprobleem. Mogelijk dat de lagere score ook komt doordat vanuit scholen veel reacties zijn gekomen bij het panel van deskundigen. Een aantal knelpunten sprong tijdens het burgerpanel eruit:

“Problemen worden in het gewone dagelijkse leven vaak onnodig ‘laat’ of helemaal niet gesignaleerd, doordat partijen onvoldoende met elkaar communiceren.”

“Mensen moeten meer gewezen worden op hun eigen verantwoordelijkheid en meer gestimuleerd worden om eigen verantwoordelijkheid te nemen.”

5.2.1 Omschrijving lokale situatie

Eenzaamheid komt bij alle leeftijdsgroepen voor maar neemt toe naarmate men ouder wordt. Een op de drie volwassenen geeft aan eenzaam te zijn, bij ouderen is dit een op de twee. Ernstig eenzaamheid komt minder voor, dit is 4 – 7 % bij volwassenen en 6 – 9 % bij ouderen in onze gemeenten.

5.2.2 *Wat willen we bereiken?*

De hoofddoelstellingen waar we ons de komende jaren dan ook op willen richten zijn:

1. Burgers bewust laten worden van het bestaan van eenzaamheid en hen inzicht geven in hun mogelijke rol gericht op het bevorderen van participatie
2. Investeren in de sociale samenhang en vaardigheden van inwoners om een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden
3. Stimuleren van verbindingen tussen inwoners en organisaties om eenzaamheidssituaties vroegtijdig te signaleren en op te lossen

5.2.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende burgerpanels zijn door inwoners een aantal projecten aangedragen en uitgewerkt. Deze projecten zijn gericht op de bovenstaande drie doelstellingen.

Mensen die eenzaam zijn vinden het vaak moeilijk om hiermee naar voren te komen. Goede voorlichting en informatie over dit onderwerp zijn dan ook essentieel om inwoners bewust te maken van het bestaan van eenzaamheid. Een activiteit gericht op bewustwording van eenzaamheid van inwoners is het project 'Ga wandelen'. Sport en bewegen dragen bij aan zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid. Naast het mobiliseren van mensen om te bewegen leent een wandeltocht door het LvhA zich ook voor het leggen van contacten en het opbouwen van een netwerk.

Bewustwording dat eenzaamheid bestaat is noodzakelijk voor de aanpak van eenzaamheid. Een volgende stap om eenzaamheid aan te pakken en meer deel te nemen aan de samenleving is het deelnemen aan bepaalde activiteiten. Net als bewegen is ook eten belangrijk om fit te blijven. De meeste volwassenen en ouderen wonen zelfstandig en eten thuis. Ziekte of eenzaamheid kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder of minder goed eten. Hierdoor vergroot het risico op ondervoeding. Lokale initiatieven kunnen bijdragen aan beter sociaal en fysiek welbevinden. Hier wordt verder uitwerking aan gegeven door het project 'Gezamenlijk eten'. Hier worden er voor en door inwoners (vrijwilligers) diners georganiseerd bij de mensen thuis, waarmee wordt getracht mensen uit hun isolement te trekken en contacten te leggen. Daarnaast wordt via het project 'Digitale opmars niet meer te stuiten' geïnvesteerd in de sociale vaardigheden van inwoners om een netwerk op te bouwen, door middel van het geven van computerlessen voor en door ouderen.



Het is belangrijk dat bij ontwikkeling van beleid en bij de aanpak van eenzaamheid samenwerking met relevante organisaties en vertegenwoordigers van doelgroepen is. Aandacht en luisteren naar de ander staat hierin centraal. Tijdens de burgerpanels is hier invulling aan gegeven door het project 'Vertel eens'. In dit project schrijven mensen gedichten over hun levensloop aangespoord door vrijwilligers. Aandacht en contact kan iemand uit zijn isolement halen en maakt anderen bewust van het bestaan van eenzaamheid.

Naast bovenstaande projecten zijn er ook bestaande lokale initiatieven. Zo worden in Werkendam en Woudrichem activerende huisbezoeken afgelegd bij 80+ plussers. Tijdens de huisbezoeken wordt aan ouderen informatie gegeven over voorzieningen en activiteiten. Vooral op het vlak van woning, vervoer, huishoudelijke verzorging en thuiszorg blijkt een grote behoefte aan hulp te zijn. Op het gebied van aanbod van activiteiten liggen er voor de gemeente dus zeker mogelijkheden. Hierbij kan gedacht worden aan de seniorenwijzer, het loket Altena, de inlooppunten en de mantelzorgwijzer. Deze initiatieven richten zich op de ouderengezondheidszorg. Het blijkt dat deze mogelijkheden bij een groot deel van de ondervraagden (50-75%) niet bekend is.

Daarnaast hebben gemeente Werkendam en Woudrichem twee conferenties over eenzaamheid georganiseerd om samen met het maatschappelijke middenveld na te denken over samenwerking voor de aanpak van eenzaamheid. De conferenties bestonden uit drie thema's: zinvol leven, prettig wonen en het kan iedereen overkomen. Vanuit deze drie thema's zijn een aantal actiepunten voortkomen die komende jaar worden opgepakt. Zo wordt een jeugd actieplan ontwikkeld om jongeren bewust te maken van eenzaamheid onder het motto 'jong geleerd is oud gedaan'. Daarnaast wordt er een systeem opgezet waarbij mensen in een bepaalde buurt kunnen aangeven welke vragen/behoefte zijn hebben en kunnen aangeven waar ze goed in zijn. Zo kan vraag en aanbod in een bepaalde buurt bij elkaar worden gebracht en de sociale cohesie in een buurt worden vergroot. Dit sluit eveneens aan op het laatste actiepunt om een sleutelfiguur in een wijk aan te stellen die de verbinding vormt tussen organisaties en de buurt en middels een sociale kaart vraag en aanbod met elkaar verbindt.

In Aalburg is er onder andere een activiteitenkalender ontwikkeld voor ouderen om mensen samen activiteiten te laten doen. Verder wordt er vanuit de WMO indicatieadviseurs de nodige aandacht geschonken aan de eenzaamheid onder ouderen.

5.3 Overgewicht

Overgewicht vormt een groeiend probleem. Wereldwijd neemt het aantal mensen met (ernstig) overgewicht drastisch toe. Ook in Nederland stijgt het aantal personen; circa 55% van de mannen en 45% van de vrouwen heeft overgewicht. Jaarlijks veroorzaakt overgewicht circa 40.000 nieuwe ziektegevallen van ouderdomsdiabetes (type II), hart- en vaatziekten en kanker. Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor 7% van de sterftegevallen. Overgewicht tast ook de kwaliteit van het leven aan, door sociaal-emotionele problemen, verminderde mogelijkheden om te participeren en belemmeringen bij het bewegen.

5.3.1 *Omschrijving huidige situatie?*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat ook in onze gemeenten overgewicht een probleem is. Gemiddeld een op de tien kinderen van 2 t/m 11 jaar heeft overgewicht. De problematiek neemt toe naarmate men ouder wordt. Bij jongeren van 12 t/m 18 jaar heeft een op de acht overgewicht, bij volwassenen een op de twee, en twee van de drie ouderen zijn te zwaar.

Beweging en voeding zijn belangrijk in de aanpak van overgewicht. Per doelgroep is er een Nederlandse norm vastgesteld voor bewegen. 95% van de kinderen t/m 12 jaar voldoet aan deze norm. Slechts een op de zeven jongeren van 12 t/m 18 jaar haalt de norm van elke dag 1 uur bewegen. Bij volwassenen en ouderen haalt 40 % de norm niet. Iets meer dan de helft van de kinderen jongeren zijn lid van een sportvereniging. Dit percentage is wat lager dan gemiddeld in West-brabant.

Het aantal kinderen en jongeren dat dagelijks groente en fruit eet is lager dan gemiddeld in West-Brabant. Dit betreft 40% van de kinderen van 2 t/m 12 jaar en 90 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar. 90% van de volwassenen en 80 % van de ouderen eten niet voldoende groente en fruit.

5.3.2 *Wat willen we bereiken?*

Voor de aanpak van overgewicht zijn de volgende doelen geformuleerd:

1. De gezonde keuze de gemakkelijkste keuze maken;
2. De consumptie van groente en fruit door de jeugd bevorderen;
3. Het aantal kinderen met overgewicht verminderen door adequate signalering en behandeling;

5.3.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Bij het burgerpanel zijn twee projecten bedacht voor de aanpak van overgewicht. Aan het project "bewegen met bekenden" is een budget toegekend van € 2.000,-. Het andere project is "Eten met aandacht". Deze projecten worden in 2013 (en de komende jaren) samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en uitgevoerd.

“Bewegen met bekenden” heeft tot doel het meer laten bewegen van jong en oud, vanuit een beweeg/sportcentrum (bijvoorbeeld de Almkreek in Almkerk). Activiteiten kunnen zijn veilig wandelen, hardlopen, mountainbiken, hindernisbaan etc. op en om golfterrein. Hieraan kunnen educatieve activiteiten op scholen, of bij ouderenbonden gekoppeld worden. BN'ers zijn slagroom op de taart en fungeren als trekpleister, aanjager en aanwezigheid bij prikkelende acties.

“Eten met aandacht” heeft tot doel bewuster gezond en gezellig met het gezin met aandacht te eten. Het gaat hierbij om het inkopen, klaarmaken en opdienen van het eten. Daarnaast kan een restaurantweek georganiseerd worden: een laagdrempelig bezoek van een restaurant met gezonde voeding voor kinderen. Er wordt gebruik gemaakt van lokale seizoensproducten. Het menu moet ook thuis gemaakt kunnen worden. In het plan zou dit een jaarlijks terugkerend evenement kunnen worden, bijvoorbeeld tijdens de Week van de Smaak en de Voeding van het Voedingscentrum. Tenslotte zouden de recepten kunnen worden gebundeld in een gezond “Land van Heusden en Altena” kookboek.

Naast deze projecten zijn er in de afzonderlijke gemeenten al lopende projecten en activiteiten gericht op voeding en beweging. Deze worden voortgezet. Een voorbeeld hiervan is Lekker Fit, een lesprogramma van de GGD, dat op diverse scholen wordt uitgevoerd. In Woudrichem is dit programma in samenwerking met Hak uitgebouwd tot Expeditie Lekker Fit, een driejarig programma, waarin ook kooklessen, supermarktbezoek en de Gezonde Quiz zijn meegenomen.



In alle gemeenten zijn buurtsportcoaches actief. Deze zorgen voor een breed en gevarieerd aanbod voor sport en bewegen en stimuleren deelname daaraan. Hierbij wordt nauw samengewerkt met basisscholen, buitenschoolse opvang en sportverenigingen. Daarnaast is er een sportcoach aangepast sporten aangesteld, die sportorganisaties en mensen met een beperking ondersteunt bij aangepast sporten. Deze is aangesteld naar aanleiding van het onderzoek sport en gehandicapten dat in de drie gemeenten is uitgevoerd. Tenslotte wordt het bestaande beweegaanbod voor ouderen gehandhaafd en waar mogelijk uitgebreid. Dit gebeurt in samenwerking met welzijnsorganisaties.

5.4 Overige thema's

In de komende periode zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar de thema's die door de inwoners van het Lvha zijn geprioriteerd namelijk Alcohol, overgewicht en eenzaamheid. Hieronder worden de andere thema's uitgewerkt, die op een later moment opgepakt worden.

5.4.1 Gezinsproblematiek

De meeste kinderen (95%) leven in een twee oudergezin. 2% leeft in een samengesteld en 3% in een eenoudergezin. Van de gezinnen heeft 15 % momenteel problemen met één of meer ingrijpende gebeurtenissen. Dit betreft vooral overlijden, echtscheiding of financiële problemen. 5% van de kinderen leeft in een gezin waarbij er door geldgebrek een risico kan ontstaan voor de gezondheid of het welbevinden van het kind.

40 % van de ouders ervaren problemen bij de opvoeding van hun kind. Zij benoemen vooral problemen bij het luisteren, gehoorzamen, het stellen van grenzen en problemen met de ontwikkeling. Een kwart van de ouders geeft aan bovengemiddelde stress te ervaren bij het opvoeden.

In sommige gezinnen is er op meerdere fronten het nodige aan de hand. De ouders hebben individuele problemen, zoals financiële problemen of problemen met de geestelijke of lichamelijke gezondheid. Daarnaast kunnen zich problemen in de onderlinge verhoudingen in een gezin voordoen. Hierdoor zijn

de ouders soms niet meer voldoende in staat hun ouderrol goed in te vullen. Opvoedingsproblemen, verwaarlozing, schoolverzuim en gedragsproblemen bij kinderen kunnen hier een gevolg van zijn. Ook kan een kind bijvoorbeeld gezondheids-, leer-, of gedragsproblemen hebben die van invloed zijn op de verhoudingen binnen een gezin. Het is van belang om (de oorzaak van) de problemen tijdig en integraal aan te pakken, zodat problemen niet onnodig escaleren.

Het thema gezinsproblematiek werd na alcohol, overgewicht en eenzaamheid als hoogste geprioriteerd door de burgers en bij de professionals stond gezinsproblematiek zelfs in de top drie. Het is dus een thema dat erg leeft onder burgers en professionals van de drie gemeenten en wat zeker onze aandacht heeft.

Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

Het CJG is een plek waar ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals terecht kunnen met al hun vragen over opvoeden en opgroeien. Er zijn in de drie gemeenten verschillende fysieke inlooppunten gerealiseerd waar men terecht kan met kleine en grote vragen. Daarnaast hebben de CJG's van de gemeenten een website. Binnen de CJG's vinden er ook casuïstiekoverleggen plaats waar jongeren en gezinnen worden besproken.

Naast de Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeenten Aalburg en Werkendam/Woudrichem zijn er verschillende instrumenten waarmee we proberen de jeugd zo goed mogelijk in beeld te hebben en te houden.

Elektronisch Kinddossier

Het EKD is de elektronische versie van het papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet (meer)voor onderzoek komen. Het gebruik van het EKD is sinds 2010 verplicht.

Zorg voor Jeugd

De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) is tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van Jeugd en gezin. Met de VIR worden risicosignalen van hulpverleners over jongeren, uit heel Nederland, bij elkaar gebracht. Zo kunnen hulpverleners eenvoudig en in een vroegtijdig stadium contact met elkaar opnemen voor betere hulp aan de jongere, ook al is deze verhuisd. De VIR moet ervoor zorgen dat de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen instanties verbetert. Van beroepskrachten (in jeugdgezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, veiligheid, werk en inkomen) wordt verwacht dat zij een melding doen als zij bij een jeugdige problemen vaststellen die een risico vormen voor diens ontwikkeling. De afweging om wel of niet te melden dient bij voorkeur gebaseerd te zijn op kwalitatief goede meldcodes, richtlijnen en protocollen.

Binnen gemeenten zijn duidelijke, sluitende afspraken gemaakt te worden over wie de zorgcoördinatie voert over de hulpverlening. De gemeenten zien erop toe dat er daadwerkelijk actie wordt ondernomen. In onze gemeenten zijn we aangesloten op het signaleringssysteem 'Zorg voor Jeugd' dat per 1 juli 2010 is aangehaakt aan de VIR.

5.4.2 Roken

Een op de zes kinderen van 0 t/m 11 jaar wordt in huis bloot gesteld aan (sigaretten)rook. Bij jongeren is dit een op de vier. Gemiddeld rookt 85 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar niet. Onder de volwassenen daalt het rookgedrag maar rookt nog steeds 20 %. Bij ouderen is dit 15 %.

Door de drie gemeenteraden is roken aangeduid als belangrijk speerpunt in het gezondheidsbeleid. Landelijk worden veel maatregelen getroffen om het roken tegen te gaan, zoals het rookverbod in de horeca en accijnsverhoging. Gemeenten kunnen aanvullend hierop preventieve voorlichting organiseren. Dit zal in overleg met scholen en andere intermediairs opgezet worden, waarbij dit gecombineerd kan worden met andere voorlichtingsactiviteiten voor bijvoorbeeld drugs.

Het beleidsdoel voor dit thema is het voorkomen dat jongeren gaan roken.

5.4.3 *Drugs*

Een op de 12 jongeren heeft wel eens drugs gebruikt. Dit gaat voornamelijk over cannabisgebruik. Nauwkeurige gemeentelijke gegevens over het drugsgebruik zijn niet beschikbaar.

Ook drugsgebruik kan leiden tot gezondheidsschade. Er zijn verschillende soorten soft- en harddrugs te onderscheiden. Denk hierbij aan Cannabis, Hasj, Cocaïne, heroïne, GHB, XTC, paddo's etc. Hoewel alcohol de meest zorgwekkende drugs is, mag het gebruik van deze vormen van drugs niet onderschat worden. De komende jaren zullen ook preventieactiviteiten op dit terrein worden voortgezet op de scholen, sportverenigingen, kerken etc. We werken hierin ondermeer samen met onze partners GGD West Brabant, Novadic-Kentron en stichting De Hoop. Ook vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin kan informatie worden gegeven betreffende drugs.

Het centrale beleidsdoel voor dit thema is enerzijds het voorkomen dat jongeren drugs gaan gebruiken, en anderzijds het inzetten van hulpverlening bij signalen van drugsgebruik. Vanuit het beleidsveld veiligheid wordt ook ingezet op het voorkomen van overlast als gevolg van drugsgebruik.

5.4.4 *Schoolverzuim*

Een leerling die niet op school is tijdens de lessen die hij moet volgen verzuimt van school. Soms heeft hij daarvoor een geldige reden bijvoorbeeld ziekte of afwezigheid met toestemming. Dit heet geoorloofd verzuim. Bij het ontbreken van een geldige reden heet het ongeoorloofd verzuim, ofwel spijbelen. De school bepaalt of er sprake is van een geldige of ongeldige reden voor verzuim.

Risico's schoolverzuim

Verzuim kan leiden tot leerachterstanden, wat vervolgens kan leiden tot uitstroom naar een lager onderwijsniveau of het niet behalen van een startkwalificatie. Ook kan het verzuim invloed hebben op de omgang met klasgenoten en op de zelfstandigheid en het oplossend vermogen van de jongere.

Schoolverzuim is een signaal

Achter schoolverzuim schuilen vaak andere problemen. Bijvoorbeeld een onrustige thuissituatie of leer- en motivatieproblemen. Leerlingen kunnen ook lichamelijke klachten hebben veroorzaakt door stress of leefstijl.

De aanpak van ongeoorloofd verzuim is bij wet geregeld. Voor de aanpak van geoorloofd verzuim is afgesproken dat de school de leerling na vier weken meldt bij de leerplichtambtenaar. In de tussentijd moeten betrokken partijen zelf aan de slag! Bundeling van de krachten van de jongere, zijn ouders/verzorgers en professional versterkt de aanpak. Systematisch aandacht en zorg besteden aan de ziek gemelde jongere en de inzet van ziekteverzuimbegeleiding werkt preventief.

Uit de gezondheidsmonitor van de GGD West-Brabant blijkt dat een op de acht jongeren van 12 t/m 18 jaar de afgelopen vier weken gespijbeld heeft. Dit is meer dan gemiddeld in West-Brabant. Een kwart van deze jongeren heeft de afgelopen 4 weken verzuimd van school. Het gezondheidsdoel bij dit thema is het zoveel mogelijk beperken van schoolverzuim.

5.4.5 *Depressie*

Bijna alle kinderen voelen zich vrolijk. Depressie komt nauwelijks voor. 3% van de jongeren voelt zich somber. Een derde van de volwassenen heeft een (matig tot hoog) risico op het ontwikkelen van een angststoornis of depressie. Bij ouderen heeft de helft een verhoogd risico op depressie.

Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen beschermen tegen depressie. Preventie richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen, waardoor de kans op depressie afneemt.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Het voorkomen van depressies door het inzetten van preventieve programma's en het bestrijden van depressies door het bevorderen van vroegsignalering en het verlagen van de drempel voor de hulpvraag.

5.4.6 *Maatschappelijke opvang*

Maatschappelijke opvang is tijdens het 1^e burgerpanel als thema geagendeerd door een inwoner.

Maatschappelijk opvang is als wettelijke taak opgenomen in de Wmo, waarin de bevoegdheid voor het beleid is neergelegd bij de centrumgemeente Breda. Deze stelt het beleid op, in samenspraak met de regio-gemeenten; dit onder de noemer van het Stedelijk Kompas. Centraal doel hierbij is het voorkomen van dakloosheid, en waar het toch optreedt binnen 24 uur passende opvang te realiseren.

Het bieden van opvang is een verantwoordelijkheid voor alleen de centrumgemeente. Een opvanglocatie kan wel decentraal, met instemming van de betreffende gemeente, gerealiseerd worden. Alle gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk voor de preventie van dakloosheid en de nazorg. Door een convenant met woningcorporaties en het maatschappelijk werk wordt hieraan invulling gegeven. Deze wordt in 2013 geëvalueerd. Daarnaast wordt in vervolg op onderzoek van de drie wmo-adviesraden beoordeeld of aanpassing van het beleid noodzakelijk is. Er zijn namelijk signalen dat er onvoldoende opvangplaatsen beschikbaar zijn, en deze vaak niet bereikbaar zijn.

Maatschappelijk opvang valt primair onder het Wmo-beleid. In deze nota wordt het dan ook niet verder uitgewerkt.

5.4.7 *Internetverslaving*

Internetgebruik begint op jonge leeftijd. Kinderen van 4 t/m 11 jaar zitten gemiddeld ruim 80 minuten per week op internet. Een op de twintig ouders geven aan nooit mee te kijken met het internetgebruik. De helft van de jongeren van 12 t/m 18 jaar bezoekt dagelijks social media sites. Een op de 25 jongeren geeft aan internetverslaafd te zijn. Een op de 12 jongeren gamen dagelijks online en een op de 7 winkelt, surft of zoekt dagelijks informatie. Een op de 20 jongeren is het afgelopen jaar digitaal gepest.

Het gebruik van internet is inmiddels doorgedrongen tot het dagelijks leven van mensen. Uit onderzoek (Van Rooij & Van den Eijnden, 2007) komt naar voren dat bijna alle scholieren in Nederland toegang hebben tot internet. Onderzoek van E-movo laat zien dat 7% van de jongeren een internetverslaving heeft en 30% van de jongeren zit meer dan 15 uur per week privé op internet zit. De internetverslaving heeft betrekking op het bezoek aan diverse sociale media sites en gaming.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Meer inzicht krijgen in cijfers over internetverslaving in het Lvha en onderzoeken welke interventies passend zijn om internetverslaving te bestrijden en voorkomen. Er zijn op dit moment geen lokale gegevens over dit thema bekend.

5.4.8 *Gehoorbeschadiging*

Jongeren worden in meer of mindere mate blootgesteld aan vrijetijdslawaai. Onder vrijetijdslawaai valt bijvoorbeeld het geluid in discotheken, festivals, concerten en van mp3- spelers. Door blootstelling

aan deze geluiden lopen jongeren een verhoogd risico op permanente gehoorschade. Er zijn landelijke cijfers beschikbaar over gehoorschade door vrijetijdslawaai. Een groot deel van de bevolking loopt risico op gehoorschade en heeft last van het gehoor. Er is een toename van 84% in 2010 naar 90 % in 2012. Dit is een duidelijke stijging. Dat terwijl de helft van de bevolking denkt dat gehoorbescherming niet nodig is. Voor onze gemeenten zijn geen lokale gegevens bekend.

Aandacht voor preventie van gehoorschade is daarom belangrijk, omdat zo getracht wordt gehoorschade te voorkomen of zo veel mogelijk te beperken. De doelstelling kan als volgt geformuleerd worden:

“preventieve maatregelen nemen om gehoorbeschadiging bij jongeren in de leeftijd van 13 tot 21 te voorkomen en zoveel mogelijk te beperken, door aan te sluiten bij landelijke voorlichtingscampagnes”

6 Uitvoering van het beleid

6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma

Zoals eerder geconcludeerd is een vierjarig uitvoeringsprogramma niet flexibel genoeg om in te kunnen spelen op veranderende omstandigheden. Daarom is ervoor gekozen in de nota gezondheidsbeleid in algemene zin aan te geven welke activiteiten uitgevoerd zullen worden, op welke thema's. De algemene doelstellingen per thema zijn ook benoemd in de nota.

Aan de nota worden jaarlijkse uitvoeringsprogramma's gekoppeld, die door de colleges van B&W vastgesteld zullen worden en ter kennisname naar de gemeenteraden worden gestuurd. Het uitvoeringsprogramma is voor een groot deel gebaseerd op de uitkomsten van het participatietraject. Daarnaast zullen ook projecten en activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd worden op initiatief van de gemeenten zelf.

In tegenstelling tot de voorgaande jaren, is het de bedoeling om de uitvoering van de nota waar mogelijk gezamenlijk op te pakken, waarbij iedere gemeente voor een aantal thema's verantwoordelijk is. Dit bevordert de kwaliteit van het beleid. De thema's worden jaarlijks naar evenredigheid verdeeld over de gemeenten. Een belangrijke voorwaarde hierbij is afstemming tussen de gemeenten. Ambtelijk zal dat periodiek gebeuren, bestuurlijk zal jaarlijks het uitvoeringsprogramma en de evaluatie ervan gezamenlijk besproken worden. In bepaalde gevallen zal lokale uitvoering plaats blijven vinden, met name als er veel raakvlakken zijn met ander lokaal beleid.

6.2 Financieel kader

In het algemeen wordt voor alle gemeenten het beschikbare budget voor gezondheidsbeleid als kader gebruikt. Voor de uitvoering van de nota zijn geen extra middelen nodig. Omdat de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid in de komende jaren per onderwerp zal plaatsvinden voor de drie gemeenten gezamenlijk, worden de kosten van deze projecten verdeeld over de gemeenten op basis van het inwoneraantal.

Tijdens het laatste burgerpanel zijn drie projecten benoemd, die in 2013 uitgevoerd zullen worden en waarbij de prioriteit in eerste instantie ligt. De projecten zijn in hoofdstuk 4 beschreven. Ze zijn ook in het uitvoeringsprogramma 2013 opgenomen. Gedurende het jaar worden de projecten samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en vervolgens uitgevoerd. Hieronder is een globaal aangegeven welke kosten verwacht worden bij de projecten. Gezien de fase waarin de projecten zich bevinden, is slechts een inschatting te maken van de kosten. Voor de projecten is door het burgerpanel een budget toegekend, deze is in onderstaand overzicht meegenomen:

Project	Budget Burgerpanel	Extra benodigd budget	Totaal
Alcoholpreventie	€ 5.000,-	€ 5.000,-	€ 10.000,-
Ga Wandelen	€ 3.000,-	€ 2.000,-	€ 5.000,-
Bewegen met bekenden	€ 2.000,-	€ 2.000,-	€ 4.000,-

Waar mogelijk zullen via subsidies en/of fondsen extra middelen worden aangevraagd voor het gezondheidsbeleid. Ook zal indien mogelijk de samenwerking met ondernemers en organisaties worden versterkt. Hiermee kan een extra impuls worden gegeven aan interactieve projecten.

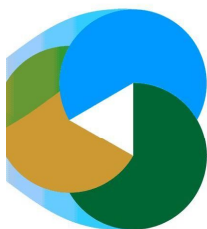
7 Evaluatie

De nota heeft een looptijd van 2013 tot en met 2016. Halverwege de looptijd zal een tussentijdse evaluatie worden uitgevoerd, op basis waarvan (indien nodig) de uitvoering kan worden bijgesteld. Aan het einde van de looptijd, zal de nota geëvalueerd worden.

De werkwijze bij het opstellen van de nota zal ook doorgezet worden bij de evaluatie ervan. Op een interactieve manier zullen inwoners en organisaties in de gelegenheid worden gesteld een bijdrage te leveren aan de evaluatie. Deze heeft dan betrekking op zowel het participatieproces, als de uitvoering van de nota.

Bijlagen
(Zie bijlagenboek)

- Bijlage 1: Evaluatie nota volksgezondheid 2008 – 2012 per gemeente
Bijlage 2: Uittreksel gezondheidsmonitors GGD



GEZOND ALTENA
AALBURG WERKENDAM WOUDRICHEM

Gezond Altena

Nota gezondheidsbeleid Land van Heusden en Altena 2013-
2016

Voorwoord

Voor u ligt de nota gezondheidsbeleid 2013-2016 van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem (vanaf nu de drie gemeenten genoemd). In deze nota kunt u lezen waar de drie gemeenten zich de komende jaren in het kader van het gezondheidsbeleid op willen richten.

Gezondheid is belangrijk voor mensen. Een goede gezondheid draagt bij aan het persoonlijk welbevinden en bij alles wat je in het leven doet. Gezondheid is een groot goed maar tegelijk ook een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk mee te kunnen doen, voor werk en in vrije tijd.

Integraal Gezondheidsbeleid heeft veel facetten en kent veel actoren. Gemeenten kunnen het niet alleen, maar zijn afhankelijk van andere spelers in het veld. Zo spelen onder andere de GGD, welzijnsinstellingen, zorgaanbieders, huisartsen een belangrijke rol, maar ook scholen, ondernemingen kunnen bijdragen aan de bevordering van de gezondheid.

De belangrijkste rol is echter weggelegd voor de inwoners zelf. Zij hebben bij uitstek de mogelijkheid hun eigen gezondheid, die van hun kinderen en/of ouders mede te bepalen.

Via een actief participatietraject hebben burgers en deskundigen gezamenlijk mede richting gegeven aan de keuze van de speerpunten zoals deze terug komen in deze beleidsnota. Doel van dit participatietraject was de betrokkenheid en draagvlak van inwoners en deskundigen bij het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's als de doelen en uitvoering van het beleid.

De drie gemeenten willen dan ook iedereen bedanken voor hun bijdrage en hopen elkaar ook in de komende beleidsperiode goed weten te vinden. In het belang van de gezondheid van inwoners van het Land van Heusden en Altena.

De samenwerkende gemeenten

Inhoudopgave

Voorwoord.....	2
Inhoudopgave	3
1 Inleiding.....	4
2 Beleidskader gezondheidsbeleid	5
2.1 Wettelijk kader.....	5
2.2 Visie op gezondheid	6
3 Relaties met andere beleidsvelden	7
4 Proces totstandkoming nota.....	9
4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012	9
4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)	9
4.3 Behandeling drie gemeenteraden.....	10
4.4 Burgerparticipatie.....	10
4.5 Inventarisatie organisaties.....	13
4.6 Conclusie	13
5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016	14
5.1 Alcohol.....	14
5.2 Eenzaamheid.....	16
5.3 Overgewicht	18
5.4 Overige thema's	19
6 Uitvoering van het beleid	24
6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma	24
6.2 Financieel kader	24
7 Evaluatie	25
Bijlagen.....	26

1 Inleiding

Een goede gezondheid is belangrijk. Vraag aan een willekeurig persoon wat hij of zij belangrijk vindt. Vaak zal het antwoord zijn dat hij/zij gezond is en blijft. Een gezonde bevolking vormt 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.

De gemeentelijke overheid heeft een belangrijke taak op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid als het gaat om de collectieve preventie en de maatschappelijke ondersteuning. Het is de taak van de gemeente om samen met alle betrokkenen te werken aan de gezondheid van haar inwoners. Het gezondheidsbeleid zoals in deze nota opgevat, heeft met name betrekking op gezondheidsbevordering. De taak van de gemeente richt zich vooral op het voorkomen van (vermijdbare) ziekten (dit wordt ook wel collectieve preventie genoemd) en op de openbare gezondheidszorg. Echter de verbinding met de andere twee onderdelen (gezondheidsbescherming en curatieve zorg) heeft de aandacht en dan in het bijzonder de relatie met de curatieve zorgsector (eerstelijnszorg).

De nota volksgezondheid 2008-2011 was ook een gezamenlijke nota van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem. In deze nota stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit.

Binnen het speerpunt alcohol en drugs hebben de gemeenten zich gericht op preventie en voorlichtingen rondom genotmiddelen. Hier is onder andere uitvoering aan gegeven door het regionale alcoholmatigingsproject 'Think before you drink', het opstellen van een protocol Alcoholvergiftiging samen met ziekenhuizen en weerbaarheidstrainingen. Voor het speerpunt overgewicht is er voornamelijk ingezet op preventieactiviteiten door projecten als 'Lekker fit', Gezonde Veilige School en sporten voor 55+. Binnen het speerpunt depressie is voornamelijk ingezet op voorlichting en het stimuleren van ontmoetingsactiviteiten voor ouderen middels inlooppunten. Aan het speerpunt Integraliteit is onder andere invulling gegeven door samenwerking met sport combinatiefunctionarissen en jeugdgezondheidszorg.

Een aantal wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van haar burgers. Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van dit wettelijk kader. Hierin is ook de visie van onze gemeenten op het gezondheidsbeleid opgenomen. In hoofdstuk 3 wordt de relatie met andere beleidsvelden toegelicht. Het proces waardoor deze nota tot stand is gekomen wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. De thema's en doelstellingen waar we ons de komende jaren op gaan richten zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de uitvoering van dit gezondheidsbeleid en de financiële consequenties beschreven. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 omschreven hoe de uitvoering van de nota geëvalueerd gaat worden.

2 Beleidskader gezondheidsbeleid

2.1 Wettelijk kader

2.1.1 *Wet Publieke Gezondheid*

Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke hulpvraag. De publieke gezondheidszorg is er altijd voor iedereen en richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en risicogroepen. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan, die met name gericht is op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is.

De traditionele definitie van Publieke Gezondheid is het voorkomen van ziekte, verlenging van de levensverwachting en het bevorderen van gezondheid door georganiseerde inspanningen van de maatschappij. De publieke gezondheidszorg is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten.

Gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de volgende taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg:

- algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering, technische hygiëne zorg, psychosociale hulpverlening bij ongevallen, rampen en ingrijpende gebeurtenissen en medische milieukunde. In de 2e tranche WPG is toegevoegd dat gemeenten zorgdragen voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
- jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5),
- ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a), het betreft het zorgdragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Lokaal zijn er al veel voorzieningen zoals huisartsen, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. De interventies zijn vooral gericht op het verbinden en faciliteren van deze lokale initiatieven. Het vindt zijn uitwerking ook grotendeels in het wmo-beleid.
- infectieziektebestrijding (artikel 6).

Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en laat de Wpg weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van meer gemeentelijke beleidsvrijheid. De keuzes die de gemeente op dit gebied maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens artikel 13 van de Wpg elke vier jaar opstelt. Hierin is aandacht voor gemeentelijke doelstellingen, resultaten en acties die in een bepaalde tijdperiode worden ondernomen. De landelijke prioriteiten uit de landelijke nota worden hierbij in acht genomen. Gemeenten kunnen gemotiveerd afwijken van deze prioriteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de cijfers over gezondheid van de inwoners of lokale omstandigheden.

2.1.2 *Rol van de GGD*

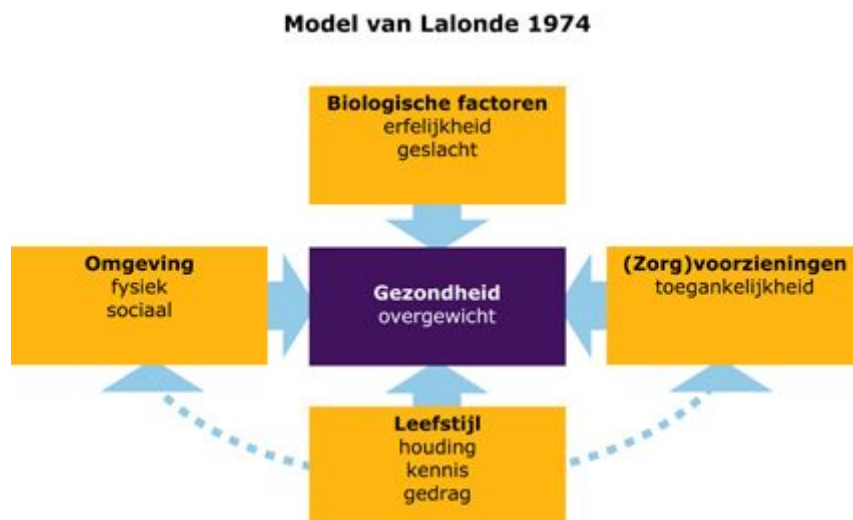
Volgens artikel 14 van de Wpg hebben gemeenten de taak een GGD in stand te houden voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Dat wil overigens niet zeggen dat alleen de GGD deze taken uitvoert; verschillende andere partijen kunnen een belangrijke rol spelen. Daarnaast bevat artikel 16 van de Wpg een bepaling: voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg, vraagt het college van B en W advies aan de GGD.

Naast de Wpg bevatten ook andere wetten voorschriften die (uiteindelijk) gezondheid als doel hebben. Voorbeelden zijn de wet Kinderopvang, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Drank- en horecawet.

2.2 Visie op gezondheid

Gezondheid is een groot goed. Gezonde burgers nemen deel aan de samenleving: zij kunnen leren, werken en voor elkaar zorgen. Gezondheidsbeleid is een investering in de samenleving. Een gezonde gemeente werkt aan een duurzame gezonde toekomst met en voor al haar inwoners.

Gezondheid is een breed begrip. Er is onderscheid tussen de feitelijke gezondheidssituatie en de beleving van de gezondheid door de burgers. Ook mensen met een ziekte of handicap kunnen zich gezond voelen. Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Het is een proces van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, dat wordt beïnvloed door verschillende factoren. Het, al oude, model van Lalonde brengt die factoren nog steeds het meest duidelijk in beeld:



Lokaal gezondheidsbeleid zal moeten aangrijpen bij deze factoren. Dit model van Lalonde maakt ook het belang van integraal werken aan gezondheid duidelijk. Andere beleidsterreinen, zoals sport, jeugd, ruimtelijke inrichting, milieu en Wmo, kunnen in hun beleid gezondheidsdoelen opnemen en zo bijdragen aan een gezonde samenleving. Andersom kunnen gezonde burgers weer een positieve bijdrage leveren aan deze verschillende beleidsterreinen.

Het realiseren van een duurzaam gezonde toekomst voor de inwoners van het Land van Heusden en Altena vraagt om de volgende aanpak:

- burgerkracht inzetten. Met eigen kracht, verantwoordelijkheid, weerbaarheid en basisvaardigheden kunnen burgers gezonde keuzes maken.
- andere beleidsterreinen dienen gezondheid vanzelfsprekend en structureel mee te nemen in hun activiteiten. Bijvoorbeeld door de omgeving zo in te richten dat bewoners worden uitgedaagd tot gezond bewegen.
- samenwerking met andere beleidssectoren, ketenpartners en private partijen.
- toekomstgericht denken: maatregelen van nu hebben invloed op de gezondheid van onze jongeren en hun kinderen.
- voortdurend en flexibel inspelen op maatschappelijke trends en ontwikkelingen.

3 Relaties met andere beleidsvelden

Het gezondheidsbeleid heeft veel raakvlakken met andere beleidsvelden. Op de belangrijkste wordt hieronder nader ingegaan. Deze zijn het wmo-beleid, sportbeleid, het jeugdbeleid en het veiligheidsbeleid. Ook wordt aangegeven welke raakvlakken er zijn met de drie decentralisaties in het sociale domein.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Het centrale doel van de Wmo is mensen in staat te stellen mee te doen in de samenleving. Door preventief gezondheidsbeleid neemt de kans toe dat mensen in staat zijn dit te realiseren zonder ondersteuning door de gemeenten. Immers bij een goede fysieke en mentale gezondheid zijn er minder belemmeringen te participeren in de maatschappij. Prestatieveld 9 van de Wmo gaat over het bestrijden en voorkomen van verslaving. Preventief verslavingsbeleid binnen het domein van de volksgezondheid sluit hierop aan.

Andersom draagt het Wmo-beleid bij aan het bevorderen van de volksgezondheid. Door mensen te ondersteunen om mee te kunnen doen in de samenleving wordt het welbevinden bevorderd. Zo wordt bijvoorbeeld eenzaamheid bestreden. Ook kunnen mensen met behulp van hulpmiddelen hun eigen gezondheid bevorderen.

Jeugdbeleid

Het jeugdbeleid is erop gericht dat jongeren van 0 tot en met 23 zo veilig mogelijk opgroeien tot gezonde en gelukkige volwassenen, die volwaardig meedoen in de samenleving. Het gezondheidsbeleid is voor een groot deel op jongeren gericht, aangezien daar structureel de meeste winst is te behalen. Daarnaast zijn instellingen binnen het jeugdbeleid en de jeugdgezondheidszorg, zoals de GGD, Thebe, maatschappelijk werk en De Vleet, en scholen essentiële uitvoeringspartners in het gezondheidsbeleid.

Sportbeleid

De doelstelling van het sportbeleid is dat alle inwoners van de gemeente, ongeacht hun leeftijd of fysieke gesteldheid, op een verantwoorde, sociale en laagdrempelige wijze, aan enige vorm van bewegen en sportbeoefening kunnen doen. De raakvlakken liggen met name bij het voorkomen en bestrijden van overgewicht. Bewegen en sporten hebben echter ook een positieve invloed op de mentale gezondheid van mensen, bijvoorbeeld doordat mensen weerbaarder worden en gezamenlijke activiteiten bijdragen aan de eenzaamheidsbestrijding.

Veiligheidsbeleid

Een van de speerpunten in het veiligheidsbeleid is 'zorg voor jeugd', waarin de doelstelling is het aandacht blijven geven aan en het onder de aandacht brengen van het (overmatige) gebruik van alcohol en drugs onder de jeugd. Preventief beleid bij alcohol en drugs is eveneens een van de speerpunten in het gezondheidsbeleid.

Decentralisaties

In de komende jaren worden gemeenten verantwoordelijk voor uitvoering van de jeugdzorg, Participatiewet en begeleiding en verzorging uit de AWBZ. Het kabinetsbeleid is daarbij gericht op 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Bij het thema gezinsproblematiek komt deze aanpak terug. Daarnaast kan door preventief gezondheidsbeleid een beroep op voorzieningen en/of ondersteuning in het kader van de nieuwe taken beperkt worden. Met het oog op de geraamde bezuinigingen op de uitvoering van de taken, zijn effectieve preventieve interventies zeer belangrijk. Deze zijn goedkoper en werken langer door dan het bieden van ondersteuning als beperkingen of problemen zich al manifesteren.

Andere beleidsvelden

Integraal gezondheidsbeleid houdt ook in dat er naast het sociale domein, ook in de fysieke omgeving rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten. De inrichting van de fysieke omgeving kan bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid, bijvoorbeeld doordat het beweging meer stimuleert, of het leefmilieu minder belast (bijvoorbeeld geluidsoverlast, luchtverontreiniging). Ook dragen gemeentelijke voorzieningen als riolering en de destructie van kadavers bij aan de volksgezondheid. Aangezien deze gericht zijn op de bescherming van de volksgezondheid en niet op bevordering ervan, worden deze niet verder uitgewerkt.

4 Proces totstandkoming nota

In dit hoofdstuk wordt aangegeven op welke wijze de nota tot stand is gekomen. Omdat hiervoor een vernieuwende manier is gebruikt, wordt er uitgebreid bij stil gestaan. De onderwerpen die van invloed zijn geweest op het proces en de keuze van de inhoudelijke gezondheidsthema's worden hieronder uitgewerkt. Deze zijn achtereenvolgens de nota gezondheidsbeleid 2008-2012, gezondheidsgegevens van de GGD, behandeling in de opiniërende raadsvergaderingen van de drie gemeenten en het participatietraject. Het participatietraject is op een vernieuwende interactieve manier uitgevoerd, waarmee onze gemeenten nog geen ervaring hadden. Het is daardoor gelijk een leerproces geweest, dat we kunnen toepassen op toekomstige trajecten.

4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012

In de nota gezondheidsbeleid 2008 – 2012 stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit. In Woudrichem waren daarnaast nog een drietal lokale speerpunten: gezondheidscentra, ouderenadviseurs en AED's. Het actieprogramma voor de gezamenlijke speerpunten bestond hoofdzakelijk uit twee pijlers: het vergroten van de bewustwording door voorlichting en activiteiten op scholen en welzijnsinstellingen, en het vroegtijdig signaleren en aanpakken van problemen, door de weerbaarheid en sociale vaardigheden van de jongeren te versterken middels trainingen en cursussen.

De uitvoering van de nota is lokaal in de afzonderlijke gemeenten georganiseerd. Hierdoor zijn er in de uitvoering verschillen ontstaan en zijn verschillende accenten gelegd. Dit is niet altijd effectief en efficiënt gebleken en is niet helder voor de organisaties en inwoners. Aangezien onze gemeenten in de toekomst nog meer zullen samenwerken en een gezamenlijke uitvoering effectiever is, willen we deze nota gezamenlijk uitvoeren, waarbij iedere gemeente een aantal speerpunten voor zijn rekening neemt.

Omdat de uitvoering lokaal is gedaan, en de gemeente Woudrichem lokale speerpunten heeft vastgesteld, zijn uitgebreidere lokale evaluaties opgesteld. Deze zijn in de bijlage bij deze nota opgenomen.

De speerpunten uit de nota 2008 – 2012 zijn nog steeds actueel. Ook in de landelijke nota gezondheidsbeleid worden deze als speerpunten aangemerkt. Daarom zijn deze in de startnotitie die in het najaar van de 2012 in de gemeenteraden is besproken, als thema's meegenomen.

4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)

De GGD onderzoekt jaarlijks de gezondheidssituatie van een bepaalde doelgroep in de gemeenten. Iedere doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen) wordt zo 1x per vier jaar onderzocht. Deze onderzoeken leveren waardevolle informatie over de gezondheidstoestand van de gemeenten en bieden inzicht in ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Doordat alle gemeenten gelijktijdig worden onderzocht, kunnen lokale gegevens afgezet worden tegen regionale gegevens of gegevens van andere gemeenten. Dit geeft een uitstekend referentiekader, waarop de keuzes voor het beleid gebaseerd kunnen worden.

Daarnaast kunnen de monitors gebruikt worden om een indicatie te geven van de effecten van het uitgevoerde beleid. Hierbij moet echter een grote slag om de arm worden gehouden, aangezien veel externe factoren van invloed zijn op de ontwikkelingen. Deze liggen meestal buiten de invloedssfeer van de gemeenten.

Op basis van de GGD-gegevens is geconcludeerd dat voortzetting van de bestaande speerpunten wenselijk is. In de bijlage bij deze nota is een overzicht gegeven van de belangrijkste cijfers.

4.3 Behandeling drie gemeenteraden

In het najaar van 2012 is in de drie afzonderlijke gemeenteraden opiniërend gesproken over de startnotitie voor deze nota. Bij de behandeling in Woudrichem is aangegeven dat roken als speerpunt toegevoegd zou moeten worden. In Werkendam is naast roken ook gehoorbeschadiging als extra thema aangemerkt. In Aalburg tenslotte is geconcludeerd dat depressie en eenzaamheid weliswaar veel raakvlakken hebben, maar dat ze wel gescheiden moeten worden. Depressie is een ziekte/aandoening, eenzaamheid is een sociale omstandigheid. Voor beide is dan ook een andere aanpak nodig.

Op aanraden van de GGD zijn de thema's gezinsproblematiek en schoolverzuim nog toegevoegd. Daarnaast zijn alcohol en drugs als afzonderlijke thema's benoemd, gezien de verschillende aanpak bij beiden. Voor alcoholpreventie loopt bijvoorbeeld het regionale project Think Before You Drink. Voor drugs is er geen regionaal programma. Daarnaast is alcohol vanaf 18 jaar in principe legaal, terwijl drugs dat niet zijn.

4.4 Burgerparticipatie

Kern van het proces is geweest de nota zo interactief mogelijk met inwoners in instellingen op te stellen. Inwoners kregen daarbij een heel belangrijke rol bij het bepalen van de gezondheidsthema's voor de komende jaren. De doelstelling van het participatietraject is de betrokkenheid van inwoners bij en het draagvlak onder inwoners voor het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's, als voor de doelen en uitvoering van het beleid. Binnen de formule Effectiviteit = Kwaliteit x Acceptatie ($E = K \times A$) wordt met name de Acceptatie vergroot.

Hieronder wordt het verloop van de interactieve avonden geschetst. Vervolgens wordt aangegeven op welke wijze de social media hiervoor ingezet zijn.

4.4.1 *Eerste burgerpanel - (prioriteren thema's*

Het eerste burgerpanel (op 3 december 2012) is gestart met de gezondheidsthema's op basis van de bestaande nota, de behandeling in de gemeenteraden, en advies van de GGD. Tijdens de eerste interactieve avond is door een inwoner het onderwerp maatschappelijke opvang als thema naar voren gebracht. Tijdens het eerste burgerpanel waren ongeveer 50 inwoners aanwezig.

De thema's zijn door ambassadeurs via wervende presentaties 'gepromoot' bij het burgerpanel. De ambassadeurs zijn afkomstig van organisaties waar het betreffende thema tot haar kerntaak behoort, en waar veel kennis aanwezig is. Dit betreft de GGD (alcohol en overgewicht), Tremas (gezinsproblematiek), De Vleet (eenzaamheid), Rivas (roken), Altena College (schoolverzuim), Novadic Kentron (drugs), Indigo/GGZ Breburg (depressie), Thebe (overgewicht), de Hoop (internetverslaving) en een Gehoorconsulent (gehoorbeschadiging). De inwoner die maatschappelijke opvang heeft geagendeerd, heeft deze zelf gepresenteerd. Vervolgens hebben de inwoners middels het toewijzen van fictieve budgetten de thema's geprioriteerd. Dit heeft geresulteerd in de hieronder staande rangorde:

Thema	Bedrag
Alcohol	€ 2550
Eenzaamheid	€ 2300
Overgewicht	€ 2250
Gezinsproblematiek	€ 2100
Roken	€ 1700
Drugs	€ 1600
Schoolverzuim	€ 1050
Depressie	€ 950
Maatschappelijke opvang	€ 900
Internetverslaving	€ 700
Gehoorschadiging	€ 500

Op basis van deze uitslag is voor het tweede burgerpanel besloten door te gaan met de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht. Deze thema's krijgen in eerste instantie dan ook de meeste aandacht bij de uitvoering van het beleid. Hierbij is wel duidelijk aangegeven dat aan de andere thema's wel uitvoering gegeven wordt, maar dat dat pas op een later moment en minder intensief (vanuit gezondheidsbeleid) zal gebeuren. Vanuit andere beleidsterreinen kan hierop nog wel steeds ingezet worden.

4.4.2 *Tweede burgerpanel -Van doelen naar acties*

Het tweede burgerpanel is gebruikt om de doelen van het beleid op de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht te benoemen en bij deze doelen acties te bedenken. Hierbij waren ca 80 inwoners aanwezig, waarbij veel aanwezigen op het eerste burgerpanel ook nu weer aanwezig waren. De inhoudelijke begeleiding is door de ambassadeurs, gemeenten en andere deskundigen gedaan.

Uit ervaringen van een andere gemeente (Laarbeek) is gebleken dat het voor inwoners heel moeilijk is doelen te formuleren. Daarom is ervoor gekozen vooraf doelen te formuleren en deze voor te leggen aan de inwoners. Deze konden zich vinden in de gestelde doelen. De geformuleerde doelen komen in hoofdstuk 5 terug.

Door middel van brainstormtechnieken zijn vervolgens door de inwoners gezamenlijk plannen bedacht waarmee de doelen bereikt kunnen worden. Hieruit zijn diverse acties naar voren gekomen die de inwoners geschikt achten voor uitvoering. Ambtelijk zijn de voorgestelde plannen beoordeeld op haarbaarheid. Dit heeft geleid tot 8 plannen die verder uitgewerkt konden worden. Een aantal andere acties zijn als onhaalbaar bestempeld omdat ze te complex waren, of niet vanuit het oogpunt van gezondheidbevordering bedacht waren. Andere plannen konden samengevoegd worden, of bestonden al.



4.4.3 *Derde burgerpanel (uitwerken acties en voteren budget)*

Het doel van het derde burgerpanel, waar weer ca. 80 personen aanwezig waren, was de 8 geselecteerde plannen verder uit te werken, en door een jury en inwoners hiervoor budgetten toe te laten kennen.

Het uitwerken van de 8 plannen is gedaan onder begeleiding van de ambassadeurs en andere deskundigen. Vervolgens zijn deze gepresenteerd aan de jury, bestaande uit drie portefeuillehouders en drie inwoners. De beoordeling heeft plaats gevonden op basis van de criteria: creativiteit, competitie-element, bereik, inwonerbetrokkenheid, realistisch budget en zichtbaarheid in de

gemeenten. De jury heeft punten toegekend, waarna de inwoners via een stemming de top 3 hebben bepaald, op basis waarvan de projecten in aanmerking komen voor een bepaald uitvoeringsbudget.

Dit heeft erin geresulteerd dat de volgende plannen als eerste uitgevoerd zullen worden, samen met de inwoners en betrokken organisaties, met inzet van het toegekende budget:

1. Preventieprogramma alcohol € 5.000,-
2. Ga wandelen (eenzaamheid) € 3.000,-
3. Bewegen met bekenden (overgewicht) € 2.000,-



De budgetten zijn beschikbaar gesteld vanuit de middelen voor gezondheidsbeleid.

De overige projecten zullen waar mogelijk ook uitgevoerd worden, de eerste focus zal echter liggen bij bovenstaande projecten.

4.4.4 Inzet social media

Onder de noemer Gezond Altena is bij het participatietraject ook gebruik gemaakt van social media: Facebook en Twitter. Hierop zijn berichten geplaatst en zijn de bijeenkomsten aangekondigd. Het blijkt lastig te zijn een publiek op Facebook op te bouwen; en op deze manier meer inwoners te bereiken. Veel inwoners participeren liever in bijeenkomsten. Het aankondigen van de bijeenkomsten op Twitter heeft naar onze indruk wel de nodige aandacht gegenereerd. Dit is echter niet gemeten.

Ter voorbereiding van het participatietraject is gesproken met jongeren uit onze gemeenten. Tijdens dit gesprek bleek dat het niet haalbaar was bij het opstellen van de nota een geschikte benadering van de jongeren via social media op te zetten. Dit zit in de specifieke benaderingswijze van jongeren die nodig is. Wel willen we de komende periode jongeren betrekken bij het gezondheidsbeleid. Om een geschikte methode te ontwikkelen is van Zon MW een subsidie van € 15.000,- ontvangen. Deze wordt via de GGD en de academische werkplaats van de universiteit Tilburg ingezet. Het onderzoek richt zich specifiek op ons gebied en zal door middel van focusgroepen plaatsvinden. De resultaten worden half mei verwacht.

Overigens zijn bij de burgerpanels ook jongeren aanwezig geweest, zodat deze doelgroep in deze fase wel inbreng heeft gehad.



Facebook: [Gezond Altena](#)

Twitter: [@gezondaltena](#)

LinkedIn: [Gezond Altena](#)

4.5 Inventarisatie organisaties

Relevante organisaties als maatschappelijk werk, scholen, GGD, enz. zijn in de gelegenheid gesteld schriftelijk prioriteiten aan te geven en hun wensen en behoefte aan te geven. Ook is gevraagd wat zij zelf kunnen bijdragen op de verschillende thema's.

Opvallend is dat gezinsproblematiek door de organisaties als het belangrijkste thema is aangeduid. De thema's overgewicht en alcohol zijn daarnaast de belangrijkste thema's voor organisaties. Eenzaamheid komt minder prominent naar voren; dit wordt meer als sociaal probleem ervaren. Omdat in het kader van de burgerparticipatie de mening van inwoners leidend is, is eenzaamheid toch als thema gehandhaafd in het verdere traject. In de uitvoering van het beleid krijgt gezinsproblematiek, naast de drie andere thema's een prominente plaats. Dit heeft veel raakvlakken met het Centrum voor Jeugd en Gezin en de komende decentralisaties.

De rode draad in de inventarisatie onder organisaties is de nadruk op voorlichting, preventie en vroegsignalering. De organisaties benadrukken het belang van het betrekken van de ouders hierbij. Daarnaast wordt ook veelvuldig aangegeven dat organisaties (en inwoners) samen moeten werken om de doelen te bereiken en een integrale aanpak moeten nastreven. Deze elementen worden meegenomen in het uitvoeringsprogramma.

De meeste organisaties hebben aangegeven een bijdrage te willen en kunnen leveren op het gezondheidsbeleid. Op basis van hun opgave, zullen ze bij de uitvoering van het beleid betrokken worden.

4.6 Conclusie

Het participatieproces heeft een zinvolle bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de nota en het uitvoeringsprogramma. Het draagvlak is vergroot en er zijn vanuit de inwoners creatieve projecten bedacht. Het momentum dat hierbij is ontstaan biedt kansen voor een participatieve uitvoering van de nota. Deze willen we dan ook zeker vasthouden.

De inzet van social media zal hiervoor verder uitgebouwd worden, met behulp van een onderbouwde methode. Hiermee worden vooral jongeren nauwer betrokken bij het gezondheidsbeleid in onze gemeenten.

5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016

Op basis van het hiervoor beschreven proces zijn de thema's voor het gezondheidsbeleid in de komende jaren bepaald. Deze worden in dit hoofdstuk uitwerkt, waarbij steeds de bestaande situatie wordt beschreven, de doelen van het beleid en de activiteiten die we daarvoor uitvoeren. De thema's worden op volgorde van prioriteren door het burgerpanel behandeld.

5.1 Alcohol

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

5.1.1 *Omschrijving lokale situatie*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat 2 tot 5 % van de kinderen jonger dan 12 jaar wel eens alcohol heeft gedronken. Een kwart van de jongeren van 12 t/m 18 jaar is een bingedrinker (5 glazen of meer per gelegenheid) wat lager is dan gemiddeld in West-Brabant. 10 tot 16 % van de jongeren geeft aan afgelopen maand dronken te zijn geweest.

Bijna alle ouders in het Land van Heusden & Altena vinden dat jongeren pas vanaf 18 jaar alcohol mogen drinken. Dit is hoger dan gemiddeld in West-Brabant. In onze gemeenten wordt minder alcohol gedronken door de volwassenen en ouderen bevolking dan gemiddeld in West-Brabant maar gemiddeld voldoet nog steeds 1 op de 3 tot 4 volwassenen niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik.

5.1.2 *Wat willen we bereiken?*

De doelen op het thema alcohol zijn:

1. Alcoholgebruik onder de 18 jaar voorkomen.
2. Hoe voorkomen we dat jongeren 'los' gaan zodra ze 18 jaar zijn geworden (en dus alcohol mogen drinken)
3. Hoe zorg je ervoor dat er geen alcohol meer verkocht wordt aan jongeren?

5.1.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende interactieve bijeenkomsten van het burgerpanel eind 2012 en begin 2013 zijn er verschillende projectideeën door burgers en professionals gezamenlijk uitgewerkt. Het projectidee 'voorlichting / preventie alcohol' met als doel het alcoholgebruik onder de 16 jaar terug te dringen kreeg tijdens de laatste burgerpanel de meeste stemmen van de jury, burgers en professionals. Er is aan dit project een bedrag van € 5000.- toegekend.

De bedoeling van het projectidee is om visueel aan jongeren de schadelijke gevolgen van drankgebruik duidelijk te maken. Verder wordt er gezocht naar rolmodellen in de gemeenten die de boodschap om alcohol te beperken op een positieve manier uitdragen, hierbij kan gedacht worden aan bekende sporters. Naast dit winnende idee zijn er meer ideeën aangedragen waar we in een later stadium mee aan de slag gaan.

Projectideeën die naar voren kwamen tijdens het burgerpanel zijn:

- Registratiekaart (chipkaart) alcoholgebruik
- Social marketing

- Alcohollokkers zoals breezers uit de supermarkten
- Scherpere controle en sancties
- Verandering van denken bij ouders
- Alcohol anders
- Doorgaande lijn van voorlichting van -9 mnd tot 23 jaar.

Samen met jeugd, ouders, scholen, kerken, sportverenigingen, Centra voor Jeugd en Gezin, GGD, Novadic-Kentron, De Hoop, bedrijfsleven etc. gaan we aan de slag om het project verder vorm te geven. Via de scholen worden informatieavonden opgezet waarin ouders en jeugd een belangrijke rol vervullen. De burgers gaan samen met de professionals aan de slag om de schadelijke gevolgen op een duidelijke aansprekende manier onder de aandacht te brengen.

Naast de projectideeën is er ook het regionale alcoholmatigingsprogramma 'Think before you drink'

Think before you drink

Sinds 2009 werken de 18 gemeenten in West Brabant, Novadic-Kentron en projectleider GGD West Brabant samen met vele andere (regionale) partijen en organisaties aan de volgende twee hoofddoelstellingen.

1. Géén alcoholgebruik door jongeren onder de 18 jaar
2. Géén overmatig alcoholgebruik door jongeren vanaf 18 jaar



Deze hoofddoelstellingen sluiten perfect aan bij de uitkomsten van het burgerpanel.

Jongeren en alcohol

Bij alle 18 gemeenten (waaronder de gemeenten Aalburg, Woudrichem en Werkendam) is alcoholpreventie onder jongeren een speerpunt in de nota gezondheidsbeleid en is het een aandachtspunt bij de aanpak van integrale veiligheid. Het thema jongeren en alcohol heeft ook raakvlakken met jeugdbeleid, sportbeleid, opvoedingsondersteuning, verslavingspreventie en horecabeleid. Gezamenlijk optrekken bij de integrale aanpak van alcoholgebruik onder jongeren is dus essentieel.

Projectleiding

De 18 gemeenten in de regio West Brabant hebben de GGD West Brabant opdracht gegeven om samen met partners uit het veld de problemen rondom alcoholgebruik onder jongeren aan te pakken. De GGD West Brabant vervult de rol van projectleider van 'Think before you drink'.

Stuurgroep

Het project 'Think before you drink' wordt aangestuurd door een regionale Stuurgroep, zij is verantwoordelijk voor het uitzetten van de grote lijnen van het project en voor de bewaking van de financiën. Deze Stuurgroep bestaat uit portefeuillehouders volksgezondheid uit de regio, een manager van de GGD West Brabant, een adviseur van Novadic-Kentron en de projectleider van de GGD West Brabant. De voorzitter van de Stuurgroep is de portefeuillehouder van de gemeente Drimmelen. De Stuurgroep rapporteert regelmatig over de voortgang van het project in het portefeuillehouderoverleg volksgezondheid in de regio West Brabant. Verder wordt er één keer per kwartaal een nieuwsbrief uitgebracht met daarin de belangrijkste activiteiten.

Nieuwe Drank-en Horecawet

Op 1 januari 2013 is de nieuwe Drank- en Horecawet ingegaan. In de nieuwe wet zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze alcohol in bezit hebben, zowel in de kroeg als op de openbare weg. Verkopers van alcohol die in 12 maanden tijd 3 keer worden betrapt op verboden verkoop, verliezen (tijdelijk) hun vergunning. De handhaving van de wet gaat over naar de gemeenten en kan

daarmee gericht worden ingezet. De gemeenten hebben ieder een kwartiermaker aangewezen die de invoering van de nieuwe wet zal coördineren.

Wat gaat er veranderen?

- In het kader van het streven naar reductie van de administratieve lasten wordt het vergunningsstelsel zodanig aangepast dat er minder frequent een nieuwe vergunning aangevraagd hoeft te worden;
- De burgemeester wordt, ter vervanging van het college van burgemeester en wethouders, in medebewind belast met de uitvoering van de Drank- en Horecawet;
- De gemeenteraad moet een verordening opstellen, waarbij zowel aspecten van oneerlijke mededinging als de bescherming van de jeugd moeten worden meegewogen;
- Gemeenten krijgen meer mogelijkheden om op lokaal niveau beter invulling te geven aan het alcoholbeleid, met name om overmatig alcoholgebruik onder jongeren tegen te gaan;
- Er zijn sancties opgenomen voor niet-vergunningsplichtige detailhandelaren die voor de derde keer in één jaar zwakalcoholische dranken verkopen aan jongeren onder de zestien jaar;
- Jongeren onder de zestien jaar die alcoholhoudende drank aanwezig hebben of voor consumptie gereed hebben op voor het publiek toegankelijke plaatsen (openbare weg en horecabedrijven) worden strafbaar gesteld;
- Het toezicht op de Drank- en Horecawet wordt gedecentraliseerd van het rijk naar de gemeenten.

Verhoging leeftijdsgrens alcohol

De verhoging van de leeftijd waarop alcohol mag worden verkocht gaat van 16 naar 18 jaar. Een grote meerderheid van de Tweede Kamer staat achter het initiatiefwetsvoorstel dat onlangs is behandeld. Mogelijk wordt het nog dit jaar verboden om alcoholhoudende drank te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. De nieuwe wet maakt ook het bezit van alcohol op straat en in de horeca strafbaar voor 18-minners. We houden de ontwikkelingen hieromtrent in de gaten en zullen uiteraard inspelen op veranderingen.

5.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor psychische ongezondheid. Om eenzaamheid te voorkomen, is een sociaal netwerk voor (kwetsbare) mensen van groot belang. Een netwerk van vrienden en familie betekent dat het makkelijker wordt iemand iets te vragen. Hoe groter het sociale netwerk, des te groter de hoeveelheid verkregen steun, de tevredenheid hiermee en de mate van steun die mensen verwachten te krijgen als het nodig is. Sociale steun heeft ook preventieve gevolgen voor de gezondheid. Zo beschermt sociale steun tegen het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Bij het burgerpanel scoorde het thema eenzaamheid hoog op de prioriteitenlijst. Het panel van deskundigen dacht daar anders over. Een verklaring hiervoor is dat eenzaamheid als sociaal probleem wordt gezien en niet als gezondheidsprobleem. Mogelijk dat de lagere score ook komt doordat vanuit scholen veel reacties zijn gekomen bij het panel van deskundigen. Een aantal knelpunten sprong tijdens het burgerpanel eruit:

“Problemen worden in het gewone dagelijkse leven vaak onnodig ‘laat’ of helemaal niet gesignaleerd, doordat partijen onvoldoende met elkaar communiceren.”

“Mensen moeten meer gewezen worden op hun eigen verantwoordelijkheid en meer gestimuleerd worden om eigen verantwoordelijkheid te nemen.”

5.2.1 Omschrijving lokale situatie

Eenzaamheid komt bij alle leeftijdsgroepen voor maar neemt toe naarmate men ouder wordt. Een op de drie volwassenen geeft aan eenzaam te zijn, bij ouderen is dit een op de twee. Ernstig eenzaamheid komt minder voor, dit is 4 – 7 % bij volwassenen en 6 – 9 % bij ouderen in onze gemeenten.

5.2.2 *Wat willen we bereiken?*

De hoofddoelstellingen waar we ons de komende jaren dan ook op willen richten zijn:

1. Burgers bewust laten worden van het bestaan van eenzaamheid en hen inzicht geven in hun mogelijke rol gericht op het bevorderen van participatie
2. Investeren in de sociale samenhang en vaardigheden van inwoners om een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden
3. Stimuleren van verbindingen tussen inwoners en organisaties om eenzaamheidssituaties vroegtijdig te signaleren en op te lossen

5.2.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende burgerpanels zijn door inwoners een aantal projecten aangedragen en uitgewerkt. Deze projecten zijn gericht op de bovenstaande drie doelstellingen.

Mensen die eenzaam zijn vinden het vaak moeilijk om hiermee naar voren te komen. Goede voorlichting en informatie over dit onderwerp zijn dan ook essentieel om inwoners bewust te maken van het bestaan van eenzaamheid. Een activiteit gericht op bewustwording van eenzaamheid van inwoners is het project 'Ga wandelen'. Sport en bewegen dragen bij aan zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid. Naast het mobiliseren van mensen om te bewegen leent een wandeltocht door het LvhA zich ook voor het leggen van contacten en het opbouwen van een netwerk.

Bewustwording dat eenzaamheid bestaat is noodzakelijk voor de aanpak van eenzaamheid. Een volgende stap om eenzaamheid aan te pakken en meer deel te nemen aan de samenleving is het deelnemen aan bepaalde activiteiten. Net als bewegen is ook eten belangrijk om fit te blijven. De meeste volwassenen en ouderen wonen zelfstandig en eten thuis. Ziekte of eenzaamheid kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder of minder goed eten. Hierdoor vergroot het risico op ondervoeding. Lokale initiatieven kunnen bijdragen aan beter sociaal en fysiek welbevinden. Hier wordt verder uitwerking aan gegeven door het project 'Gezamenlijk eten'. Hier worden er voor en door inwoners (vrijwilligers) diners georganiseerd bij de mensen thuis, waarmee wordt getracht mensen uit hun isolement te trekken en contacten te leggen. Daarnaast wordt via het project 'Digitale opmars niet meer te stuiten' geïnvesteerd in de sociale vaardigheden van inwoners om een netwerk op te bouwen, door middel van het geven van computerlessen voor en door ouderen.



Het is belangrijk dat bij ontwikkeling van beleid en bij de aanpak van eenzaamheid samenwerking met relevante organisaties en vertegenwoordigers van doelgroepen is. Aandacht en luisteren naar de ander staat hierin centraal. Tijdens de burgerpanels is hier invulling aan gegeven door het project 'Vertel eens'. In dit project schrijven mensen gedichten over hun levensloop aangespoord door vrijwilligers. Aandacht en contact kan iemand uit zijn isolement halen en maakt anderen bewust van het bestaan van eenzaamheid.

Naast bovenstaande projecten zijn er ook bestaande lokale initiatieven. Zo worden in Werkendam en Woudrichem activerende huisbezoeken afgelegd bij 80- plussers. Tijdens de huisbezoeken wordt aan ouderen informatie gegeven over voorzieningen en activiteiten. Vooral op het vlak van woning, vervoer, huishoudelijke verzorging en thuiszorg blijkt een grote behoefte aan hulp te zijn. Op het gebied van aanbod van activiteiten liggen er voor de gemeente dus zeker mogelijkheden. Hierbij kan gedacht worden aan de seniorenwijzer, het loket Altena, de inlooppunten en de mantelzorgwijzer. Deze initiatieven richten zich op de ouderengezondheidszorg. Het blijkt dat deze mogelijkheden bij een groot deel van de ondervraagden (50-75%) niet bekend is.

Daarnaast hebben gemeente Werkendam en Woudrichem twee conferenties over eenzaamheid georganiseerd om samen met het maatschappelijke middenveld na te denken over samenwerking voor de aanpak van eenzaamheid. De conferenties bestonden uit drie thema's: zinvol leven, prettig wonen en het kan iedereen overkomen. Vanuit deze drie thema's zijn een aantal actiepunten voortkomen die komende jaar worden opgepakt. Zo wordt een jeugd actieplan ontwikkeld om jongeren bewust te maken van eenzaamheid onder het motto 'jong geleerd is oud gedaan'. Daarnaast wordt er een systeem opgezet waarbij mensen in een bepaalde buurt kunnen aangeven welke vragen/behoefte zijn hebben en kunnen aangeven waar ze goed in zijn. Zo kan vraag en aanbod in een bepaalde buurt bij elkaar worden gebracht en de sociale cohesie in een buurt worden vergroot. Dit sluit eveneens aan op het laatste actiepunt om een sleutelfiguur in een wijk aan te stellen die de verbinding vormt tussen organisaties en de buurt en middels een sociale kaart vraag en aanbod met elkaar verbindt.

In Aalburg is er onder andere een activiteitenkalender ontwikkeld voor ouderen om mensen samen activiteiten te laten doen. Verder wordt er vanuit de WMO indicatieadviseurs de nodige aandacht geschonken aan de eenzaamheid onder ouderen.

5.3 Overgewicht

Overgewicht vormt een groeiend probleem. Wereldwijd neemt het aantal mensen met (ernstig) overgewicht drastisch toe. Ook in Nederland stijgt het aantal personen; circa 55% van de mannen en 45% van de vrouwen heeft overgewicht. Jaarlijks veroorzaakt overgewicht circa 40.000 nieuwe ziektegevallen van ouderdomsdiabetes (type II), hart- en vaatziekten en kanker. Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor 7% van de sterftegevallen. Overgewicht tast ook de kwaliteit van het leven aan, door sociaal-emotionele problemen, verminderde mogelijkheden om te participeren en belemmeringen bij het bewegen.

5.3.1 *Omschrijving huidige situatie?*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat ook in onze gemeenten overgewicht een probleem is. Gemiddeld een op de tien kinderen van 2 t/m 11 jaar heeft overgewicht. De problematiek neemt toe naarmate men ouder wordt. Bij jongeren van 12 t/m 18 jaar heeft een op de acht overgewicht, bij volwassenen een op de twee, en twee van de drie ouderen zijn te zwaar.

Beweging en voeding zijn belangrijk in de aanpak van overgewicht. Per doelgroep is er een Nederlandse norm vastgesteld voor bewegen. 95% van de kinderen t/m 12 jaar voldoet aan deze norm. Slechts een op de zeven jongeren van 12 t/m 18 jaar haalt de norm van elke dag 1 uur bewegen. Bij volwassenen en ouderen haalt 40 % de norm niet. Iets meer dan de helft van de kinderen jongeren zijn lid van een sportvereniging. Dit percentage is wat lager dan gemiddeld in West-brabant.

Het aantal kinderen en jongeren dat dagelijks groente en fruit eet is lager dan gemiddeld in West-Brabant. Dit betreft 40% van de kinderen van 2 t/m 12 jaar en 90 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar. 90% van de volwassenen en 80 % van de ouderen eten niet voldoende groente en fruit.

5.3.2 *Wat willen we bereiken?*

Voor de aanpak van overgewicht zijn de volgende doelen geformuleerd:

1. De gezonde keuze de gemakkelijkste keuze maken;
2. De consumptie van groente en fruit door de jeugd bevorderen;
3. Het aantal kinderen met overgewicht verminderen door adequate signalering en behandeling;

5.3.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Bij het burgerpanel zijn twee projecten bedacht voor de aanpak van overgewicht. Aan het project "bewegen met bekenden" is een budget toegekend van € 2.000,-. Het andere project is "Eten met aandacht". Deze projecten worden in 2013 (en de komende jaren) samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en uitgevoerd.

“Bewegen met bekenden” heeft tot doel het meer laten bewegen van jong en oud, vanuit een beweeg/sportcentrum (bijvoorbeeld de Almkreek in Almkerk). Activiteiten kunnen zijn veilig wandelen, hardlopen, mountainbiken, hindernisbaan etc. op en om golfterrein. Hieraan kunnen educatieve activiteiten op scholen, of bij ouderenbonden gekoppeld worden. BN'ers zijn slagroom op de taart en fungeren als trekpleister, aanjager en aanwezigheid bij prikkelende acties.

“Eten met aandacht” heeft tot doel bewuster gezond en gezellig met het gezin met aandacht te eten. Het gaat hierbij om het inkopen, klaarmaken en opdienen van het eten. Daarnaast kan een restaurantweek georganiseerd worden: een laagdrempelig bezoek van een restaurant met gezonde voeding voor kinderen. Er wordt gebruik gemaakt van lokale seizoensproducten. Het menu moet ook thuis gemaakt kunnen worden. In het plan zou dit een jaarlijks terugkerend evenement kunnen worden, bijvoorbeeld tijdens de Week van de Smaak en de Voeding van het Voedingscentrum. Tenslotte zouden de recepten kunnen worden gebundeld in een gezond “Land van Heusden en Altena” kookboek.

Naast deze projecten zijn er in de afzonderlijke gemeenten al lopende projecten en activiteiten gericht op voeding en beweging. Deze worden voortgezet. Een voorbeeld hiervan is Lekker Fit, een lesprogramma van de GGD, dat op diverse scholen wordt uitgevoerd. In Woudrichem is dit programma in samenwerking met Hak uitgebouwd tot Expeditie Lekker Fit, een driejarig programma, waarin ook kooklessen, supermarktbezoek en de Gezonde Quiz zijn meegenomen.



In alle gemeenten zijn buurtsportcoaches actief. Deze zorgen voor een breed en gevarieerd aanbod voor sport en bewegen en stimuleren deelname daaraan. Hierbij wordt nauw samengewerkt met basisscholen, buitenschoolse opvang en sportverenigingen. Daarnaast is er een sportcoach aangepast sporten aangesteld, die sportorganisaties en mensen met een beperking ondersteunt bij aangepast sporten. Deze is aangesteld naar aanleiding van het onderzoek sport en gehandicapten dat in de drie gemeenten is uitgevoerd. Tenslotte wordt het bestaande beweegaanbod voor ouderen gehandhaafd en waar mogelijk uitgebreid. Dit gebeurt in samenwerking met welzijnsorganisaties.

5.4 Overige thema's

In de komende periode zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar de thema's die door de inwoners van het Lvha zijn geprioriteerd namelijk Alcohol, overgewicht en eenzaamheid. Hieronder worden de andere thema's uitgewerkt, die op een later moment opgepakt worden.

5.4.1 Gezinsproblematiek

De meeste kinderen (95%) leven in een twee oudergezin. 2% leeft in een samengesteld en 3% in een eenoudergezin. Van de gezinnen heeft 15 % momenteel problemen met één of meer ingrijpende gebeurtenissen. Dit betreft vooral overlijden, echtscheiding of financiële problemen. 5% van de kinderen leeft in een gezin waarbij er door geldgebrek een risico kan ontstaan voor de gezondheid of het welbevinden van het kind.

40 % van de ouders ervaren problemen bij de opvoeding van hun kind. Zij benoemen vooral problemen bij het luisteren, gehoorzamen, het stellen van grenzen en problemen met de ontwikkeling. Een kwart van de ouders geeft aan bovengemiddelde stress te ervaren bij het opvoeden.

In sommige gezinnen is er op meerdere fronten het nodige aan de hand. De ouders hebben individuele problemen, zoals financiële problemen of problemen met de geestelijke of lichamelijke gezondheid. Daarnaast kunnen zich problemen in de onderlinge verhoudingen in een gezin voordoen. Hierdoor zijn

de ouders soms niet meer voldoende in staat hun ouderrol goed in te vullen. Opvoedingsproblemen, verwaarlozing, schoolverzuim en gedragsproblemen bij kinderen kunnen hier een gevolg van zijn. Ook kan een kind bijvoorbeeld gezondheids-, leer-, of gedragsproblemen hebben die van invloed zijn op de verhoudingen binnen een gezin. Het is van belang om (de oorzaak van) de problemen tijdig en integraal aan te pakken, zodat problemen niet onnodig escaleren.

Het thema gezinsproblematiek werd na alcohol, overgewicht en eenzaamheid als hoogste geprioriteerd door de burgers en bij de professionals stond gezinsproblematiek zelfs in de top drie. Het is dus een thema dat erg leeft onder burgers en professionals van de drie gemeenten en wat zeker onze aandacht heeft.

Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

Het CJG is een plek waar ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals terecht kunnen met al hun vragen over opvoeden en opgroeien. Er zijn in de drie gemeenten verschillende fysieke inlooppunten gerealiseerd waar men terecht kan met kleine en grote vragen. Daarnaast hebben de CJG's van de gemeenten een website. Binnen de CJG's vinden er ook casuïstiekoverleggen plaats waar jongeren en gezinnen worden besproken.

Naast de Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeenten Aalburg en Werkendam/Woudrichem zijn er verschillende instrumenten waarmee we proberen de jeugd zo goed mogelijk in beeld te hebben en te houden.

Elektronisch Kinddossier

Het EKD is de elektronische versie van het papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet (meer)voor onderzoek komen. Het gebruik van het EKD is sinds 2010 verplicht.

Zorg voor Jeugd

De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) is tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van Jeugd en gezin. Met de VIR worden risicosignalen van hulpverleners over jongeren, uit heel Nederland, bij elkaar gebracht. Zo kunnen hulpverleners eenvoudig en in een vroegtijdig stadium contact met elkaar opnemen voor betere hulp aan de jongere, ook al is deze verhuisd. De VIR moet ervoor zorgen dat de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen instanties verbetert. Van beroepskrachten (in jeugdgezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, veiligheid, werk en inkomen) wordt verwacht dat zij een melding doen als zij bij een jeugdige problemen vaststellen die een risico vormen voor diens ontwikkeling. De afweging om wel of niet te melden dient bij voorkeur gebaseerd te zijn op kwalitatief goede meldcodes, richtlijnen en protocollen.

Binnen gemeenten zijn duidelijke, sluitende afspraken gemaakt te worden over wie de zorgcoördinatie voert over de hulpverlening. De gemeenten zien erop toe dat er daadwerkelijk actie wordt ondernomen. In onze gemeenten zijn we aangesloten op het signaleringssysteem 'Zorg voor Jeugd' dat per 1 juli 2010 is aangehaakt aan de VIR.

5.4.2 Roken

Een op de zes kinderen van 0 t/m 11 jaar wordt in huis bloot gesteld aan (sigaretten)rook. Bij jongeren is dit een op de vier. Gemiddeld rookt 85 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar niet. Onder de volwassenen daalt het rookgedrag maar rookt nog steeds 20 %. Bij ouderen is dit 15 %.

Door de drie gemeenteraden is roken aangeduid als belangrijk speerpunt in het gezondheidsbeleid. Landelijk worden veel maatregelen getroffen om het roken tegen te gaan, zoals het rookverbod in de horeca en accijnsverhoging. Gemeenten kunnen aanvullend hierop preventieve voorlichting organiseren. Dit zal in overleg met scholen en andere intermediairs opgezet worden, waarbij dit gecombineerd kan worden met andere voorlichtingsactiviteiten voor bijvoorbeeld drugs.

Het beleidsdoel voor dit thema is het voorkomen dat jongeren gaan roken.

5.4.3 *Drugs*

Een op de 12 jongeren heeft wel eens drugs gebruikt. Dit gaat voornamelijk over cannabisgebruik. Nauwkeurige gemeentelijke gegevens over het drugsgebruik zijn niet beschikbaar.

Ook drugsgebruik kan leiden tot gezondheidsschade. Er zijn verschillende soorten soft- en harddrugs te onderscheiden. Denk hierbij aan Cannabis, Hasj, Cocaïne, heroïne, GHB, XTC, paddo's etc. Hoewel alcohol de meest zorgwekkende drugs is, mag het gebruik van deze vormen van drugs niet onderschat worden. De komende jaren zullen ook preventieactiviteiten op dit terrein worden voortgezet op de scholen, sportverenigingen, kerken etc. We werken hierin ondermeer samen met onze partners GGD West Brabant, Novadic-Kentron en stichting De Hoop. Ook vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin kan informatie worden gegeven betreffende drugs.

Het centrale beleidsdoel voor dit thema is enerzijds het voorkomen dat jongeren drugs gaan gebruiken, en anderzijds het inzetten van hulpverlening bij signalen van drugsgebruik. Vanuit het beleidsveld veiligheid wordt ook ingezet op het voorkomen van overlast als gevolg van drugsgebruik.

5.4.4 *Schoolverzuim*

Een leerling die niet op school is tijdens de lessen die hij moet volgen verzuimt van school. Soms heeft hij daarvoor een geldige reden bijvoorbeeld ziekte of afwezigheid met toestemming. Dit heet geoorloofd verzuim. Bij het ontbreken van een geldige reden heet het ongeoorloofd verzuim, ofwel spijbelen. De school bepaalt of er sprake is van een geldige of ongeldige reden voor verzuim.

Risico's schoolverzuim

Verzuim kan leiden tot leerachterstanden, wat vervolgens kan leiden tot uitstroom naar een lager onderwijsniveau of het niet behalen van een startkwalificatie. Ook kan het verzuim invloed hebben op de omgang met klasgenoten en op de zelfstandigheid en het oplossend vermogen van de jongere.

Schoolverzuim is een signaal

Achter schoolverzuim schuilen vaak andere problemen. Bijvoorbeeld een onrustige thuissituatie of leer- en motivatieproblemen. Leerlingen kunnen ook lichamelijke klachten hebben veroorzaakt door stress of leefstijl.

De aanpak van ongeoorloofd verzuim is bij wet geregeld. Voor de aanpak van geoorloofd verzuim is afgesproken dat de school de leerling na vier weken meldt bij de leerplichtambtenaar. In de tussenliggende periode moeten betrokken partijen zelf aan de slag! Bundeling van de krachten van de jongere, zijn ouders/verzorgers en professional versterkt de aanpak. Systematisch aandacht en zorg besteden aan de ziek gemelde jongere en de inzet van ziekteverzuimbegeleiding werkt preventief.

Uit de gezondheidsmonitor van de GGD West-Brabant blijkt dat een op de acht jongeren van 12 t/m 18 jaar de afgelopen vier weken gespijbeld heeft. Dit is meer dan gemiddeld in West-Brabant. Een kwart van deze jongeren heeft de afgelopen 4 weken verzuimd van school. Het gezondheidsdoel bij dit thema is het zoveel mogelijk beperken van schoolverzuim.

5.4.5 *Depressie*

Bijna alle kinderen voelen zich vrolijk. Depressie komt nauwelijks voor. 3% van de jongeren voelt zich somber. Een derde van de volwassenen heeft een (matig tot hoog) risico op het ontwikkelen van een angststoornis of depressie. Bij ouderen heeft de helft een verhoogd risico op depressie.

Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen beschermen tegen depressie. Preventie richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen, waardoor de kans op depressie afneemt.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Het voorkomen van depressies door het inzetten van preventieve programma's en het bestrijden van depressies door het bevorderen van vroegsignalering en het verlagen van de drempel voor de hulpvraag.

5.4.6 *Maatschappelijke opvang*

Maatschappelijke opvang is tijdens het 1^e burgerpanel als thema geagendeerd door een inwoner.

Maatschappelijk opvang is als wettelijke taak opgenomen in de Wmo, waarin de bevoegdheid voor het beleid is neergelegd bij de centrumgemeente Breda. Deze stelt het beleid op, in samenspraak met de regio-gemeenten; dit onder de noemer van het Stedelijk Kompas. Centraal doel hierbij is het voorkomen van dakloosheid, en waar het toch optreedt binnen 24 uur passende opvang te realiseren.

Het bieden van opvang is een verantwoordelijkheid voor alleen de centrumgemeente. Een opvanglocatie kan wel decentraal, met instemming van de betreffende gemeente, gerealiseerd worden. Alle gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk voor de preventie van dakloosheid en de nazorg. Door een convenant met woningcorporaties en het maatschappelijk werk wordt hieraan invulling gegeven. Deze wordt in 2013 geëvalueerd. Daarnaast wordt in vervolg op onderzoek van de drie wmo-adviesraden beoordeeld of aanpassing van het beleid noodzakelijk is. Er zijn namelijk signalen dat er onvoldoende opvangplaatsen beschikbaar zijn, en deze vaak niet bereikbaar zijn.

Maatschappelijk opvang valt primair onder het Wmo-beleid. In deze nota wordt het dan ook niet verder uitgewerkt.

5.4.7 *Internetverslaving*

Internetgebruik begint op jonge leeftijd. Kinderen van 4 t/m 11 jaar zitten gemiddeld ruim 80 minuten per week op internet. Een op de twintig ouders geven aan nooit mee te kijken met het internetgebruik. De helft van de jongeren van 12 t/m 18 jaar bezoekt dagelijks social media sites. Een op de 25 jongeren geeft aan internetverslaafd te zijn. Een op de 12 jongeren gamen dagelijks online en een op de 7 winkelt, surft of zoekt dagelijks informatie. Een op de 20 jongeren is het afgelopen jaar digitaal gepest.

Het gebruik van internet is inmiddels doorgedrongen tot het dagelijks leven van mensen. Uit onderzoek (Van Rooij & Van den Eijnden, 2007) komt naar voren dat bijna alle scholieren in Nederland toegang hebben tot internet. Onderzoek van E-movo laat zien dat 7% van de jongeren een internetverslaving heeft en 30% van de jongeren zit meer dan 15 uur per week privé op internet zit. De internetverslaving heeft betrekking op het bezoek aan diverse sociale media sites en gaming.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Meer inzicht krijgen in cijfers over internetverslaving in het Lvha en onderzoeken welke interventies passend zijn om internetverslaving te bestrijden en voorkomen. Er zijn op dit moment geen lokale gegevens over dit thema bekend.

5.4.8 *Gehoorschadiging*

Jongeren worden in meer of mindere mate blootgesteld aan vrijetijdslawaai. Onder vrijetijdslawaai valt bijvoorbeeld het geluid in discotheken, festivals, concerten en van mp3- spelers. Door blootstelling

aan deze geluiden lopen jongeren een verhoogd risico op permanente gehoorschade. Er zijn landelijke cijfers beschikbaar over gehoorschade door vrijetijdslawaai. Een groot deel van de bevolking loopt risico op gehoorschade en heeft last van het gehoor. Er is een toename van 84% in 2010 naar 90 % in 2012. Dit is een duidelijke stijging. Dat terwijl de helft van de bevolking denkt dat gehoorbescherming niet nodig is. Voor onze gemeenten zijn geen lokale gegevens bekend.

Aandacht voor preventie van gehoorschade is daarom belangrijk, omdat zo getracht wordt gehoorschade te voorkomen of zo veel mogelijk te beperken. De doelstelling kan als volgt geformuleerd worden:

“preventieve maatregelen nemen om gehoorbeschadiging bij jongeren in de leeftijd van 13 tot 21 te voorkomen en zoveel mogelijk te beperken, door aan te sluiten bij landelijke voorlichtingscampagnes”

6 Uitvoering van het beleid

6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma

Zoals eerder geconcludeerd is een vierjarig uitvoeringsprogramma niet flexibel genoeg om in te kunnen spelen op veranderende omstandigheden. Daarom is ervoor gekozen in de nota gezondheidsbeleid in algemene zin aan te geven welke activiteiten uitgevoerd zullen worden, op welke thema's. De algemene doelstellingen per thema zijn ook benoemd in de nota.

Aan de nota worden jaarlijkse uitvoeringsprogramma's gekoppeld, die door de colleges van B&W vastgesteld zullen worden en ter kennisname naar de gemeenteraden worden gestuurd. Het uitvoeringsprogramma is voor een groot deel gebaseerd op de uitkomsten van het participatietraject. Daarnaast zullen ook projecten en activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd worden op initiatief van de gemeenten zelf.

In tegenstelling tot de voorgaande jaren, is het de bedoeling om de uitvoering van de nota waar mogelijk gezamenlijk op te pakken, waarbij iedere gemeente voor een aantal thema's verantwoordelijk is. Dit bevordert de kwaliteit van het beleid. De thema's worden jaarlijks naar evenredigheid verdeeld over de gemeenten. Een belangrijke voorwaarde hierbij is afstemming tussen de gemeenten. Ambtelijk zal dat periodiek gebeuren, bestuurlijk zal jaarlijks het uitvoeringsprogramma en de evaluatie ervan gezamenlijk besproken worden. In bepaalde gevallen zal lokale uitvoering plaats blijven vinden, met name als er veel raakvlakken zijn met ander lokaal beleid.

6.2 Financieel kader

In het algemeen wordt voor alle gemeenten het beschikbare budget voor gezondheidsbeleid als kader gebruikt. Voor de uitvoering van de nota zijn geen extra middelen nodig. Omdat de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid in de komende jaren per onderwerp zal plaatsvinden voor de drie gemeenten gezamenlijk, worden de kosten van deze projecten verdeeld over de gemeenten op basis van het inwoneraantal.

Tijdens het laatste burgerpanel zijn drie projecten benoemd, die in 2013 uitgevoerd zullen worden en waarbij de prioriteit in eerste instantie ligt. De projecten zijn in hoofdstuk 4 beschreven. Ze zijn ook in het uitvoeringsprogramma 2013 opgenomen. Gedurende het jaar worden de projecten samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en vervolgens uitgevoerd. Hieronder is een globaal aangegeven welke kosten verwacht worden bij de projecten. Gezien de fase waarin de projecten zich bevinden, is slechts een inschatting te maken van de kosten. Voor de projecten is door het burgerpanel een budget toegekend, deze is in onderstaand overzicht meegenomen:

Project	Budget Burgerpanel	Extra benodigd budget	Totaal
Alcoholpreventie	€ 5.000,-	€ 5.000,-	€ 10.000,-
Ga Wandelen	€ 3.000,-	€ 2.000,-	€ 5.000,-
Bewegen met bekenden	€ 2.000,-	€ 2.000,-	€ 4.000,-

Waar mogelijk zullen via subsidies en/of fondsen extra middelen worden aangevraagd voor het gezondheidsbeleid. Ook zal indien mogelijk de samenwerking met ondernemers en organisaties worden versterkt. Hiermee kan een extra impuls worden gegeven aan interactieve projecten.

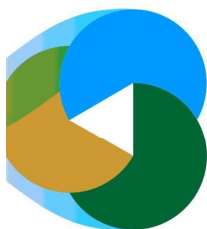
7 Evaluatie

De nota heeft een looptijd van 2013 tot en met 2016. Halverwege de looptijd zal een tussentijdse evaluatie worden uitgevoerd, op basis waarvan (indien nodig) de uitvoering kan worden bijgesteld. Aan het einde van de looptijd, zal de nota geëvalueerd worden.

De werkwijze bij het opstellen van de nota zal ook doorgezet worden bij de evaluatie ervan. Op een interactieve manier zullen inwoners en organisaties in de gelegenheid worden gesteld een bijdrage te leveren aan de evaluatie. Deze heeft dan betrekking op zowel het participatieproces, als de uitvoering van de nota.

Bijlagen
(Zie bijlagenboek)

- Bijlage 1: Evaluatie nota volksgezondheid 2008 – 2012 per gemeente
Bijlage 2: Uittreksel gezondheidsmonitors GGD



GEZOND ALTENA
AALBURG WERKENDAM WOUDRICHEM

Gezond Altena

Nota gezondheidsbeleid Land van Heusden en Altena 2013-
2016

Voorwoord

Voor u ligt de nota gezondheidsbeleid 2013-2016 van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem (vanaf nu de drie gemeenten genoemd). In deze nota kunt u lezen waar de drie gemeenten zich de komende jaren in het kader van het gezondheidsbeleid op willen richten.

Gezondheid is belangrijk voor mensen. Een goede gezondheid draagt bij aan het persoonlijk welbevinden en bij alles wat je in het leven doet. Gezondheid is een groot goed maar tegelijk ook een belangrijke voorwaarde om maatschappelijk mee te kunnen doen, voor werk en in vrije tijd.

Integraal Gezondheidsbeleid heeft veel facetten en kent veel actoren. Gemeenten kunnen het niet alleen, maar zijn afhankelijk van andere spelers in het veld. Zo spelen onder andere de GGD, welzijnsinstellingen, zorgaanbieders, huisartsen een belangrijke rol, maar ook scholen, ondernemingen kunnen bijdragen aan de bevordering van de gezondheid. De belangrijkste rol is echter weggelegd voor de inwoners zelf. Zij hebben bij uitstek de mogelijkheid hun eigen gezondheid, die van hun kinderen en/of ouders mede te bepalen.

Via een actief participatietraject hebben burgers en deskundigen gezamenlijk mede richting gegeven aan de keuze van de speerpunten zoals deze terug komen in deze beleidsnota. Doel van dit participatietraject was de betrokkenheid en draagvlak van inwoners en deskundigen bij het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's als de doelen en uitvoering van het beleid.

De drie gemeenten willen dan ook iedereen bedanken voor hun bijdrage en hopen elkaar ook in de komende beleidsperiode goed weten te vinden. In het belang van de gezondheid van inwoners van het Land van Heusden en Altena.

De samenwerkende gemeenten

Inhoudopgave

Voorwoord.....	2
Inhoudopgave	3
1 Inleiding.....	4
2 Beleidskader gezondheidsbeleid	5
2.1 Wettelijk kader.....	5
2.2 Visie op gezondheid	6
3 Relaties met andere beleidsvelden	7
4 Proces totstandkoming nota.....	9
4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012	9
4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)	9
4.3 Behandeling drie gemeenteraden.....	10
4.4 Burgerparticipatie.....	10
4.5 Inventarisatie organisaties.....	13
4.6 Conclusie	13
5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016	14
5.1 Alcohol.....	14
5.2 Eenzaamheid.....	16
5.3 Overgewicht	18
5.4 Overige thema's	19
6 Uitvoering van het beleid.....	24
6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma	24
6.2 Financieel kader	24
7 Evaluatie	25
Bijlagen.....	26

1 Inleiding

Een goede gezondheid is belangrijk. Vraag aan een willekeurig persoon wat hij of zij belangrijk vindt. Vaak zal het antwoord zijn dat hij/zij gezond is en blijft. Een gezonde bevolking vormt 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.

De gemeentelijke overheid heeft een belangrijke taak op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid als het gaat om de collectieve preventie en de maatschappelijke ondersteuning. Het is de taak van de gemeente om samen met alle betrokkenen te werken aan de gezondheid van haar inwoners. Het gezondheidsbeleid zoals in deze nota opgevat, heeft met name betrekking op gezondheidsbevordering. De taak van de gemeente richt zich vooral op het voorkomen van (vermijdbare) ziekten (dit wordt ook wel collectieve preventie genoemd) en op de openbare gezondheidszorg. Echter de verbinding met de andere twee onderdelen (gezondheidsbescherming en curatieve zorg) heeft de aandacht en dan in het bijzonder de relatie met de curatieve zorgsector (eerstelijnszorg).

De nota volksgezondheid 2008-2011 was ook een gezamenlijke nota van de gemeenten Aalburg, Werkendam en Woudrichem. In deze nota stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit.

Binnen het speerpunt alcohol en drugs hebben de gemeenten zich gericht op preventie en voorlichtingen rondom genotmiddelen. Hier is onder andere uitvoering aan gegeven door het regionale alcoholmatigingsproject 'Think before you drink', het opstellen van een protocol Alcoholvergiftiging samen met ziekenhuizen en weerbaarheidstrainingen. Voor het speerpunt overgewicht is er voornamelijk ingezet op preventieactiviteiten door projecten als 'Lekker fit', Gezonde Veilige School en sporten voor 55+. Binnen het speerpunt depressie is voornamelijk ingezet op voorlichting en het stimuleren van ontmoetingsactiviteiten voor ouderen middels inlooppunten. Aan het speerpunt Integraliteit is onder andere invulling gegeven door samenwerking met sport combinatiefunctionarissen en jeugdgezondheidszorg.

Een aantal wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid als het gaat om de gezondheid van haar burgers. Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van dit wettelijk kader. Hierin is ook de visie van onze gemeenten op het gezondheidsbeleid opgenomen. In hoofdstuk 3 wordt de relatie met andere beleidsvelden toegelicht. Het proces waardoor deze nota tot stand is gekomen wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. De thema's en doelstellingen waar we ons de komende jaren op gaan richten zijn uitgewerkt in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de uitvoering van dit gezondheidsbeleid en de financiële consequenties beschreven. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 omschreven hoe de uitvoering van de nota geëvalueerd gaat worden.

2 Beleidskader gezondheidsbeleid

2.1 Wettelijk kader

2.1.1 *Wet Publieke Gezondheid*

Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke hulpvraag. De publieke gezondheidszorg is er altijd voor iedereen en richt zich op de zorg voor de gezondheid van de samenleving en risicogroepen. Deze zorg vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan, die met name gericht is op behandeling ter genezing (cure) en verzorging (care) van patiënten op het moment dat hun gezondheid al geschaad is.

De traditionele definitie van Publieke Gezondheid is het voorkomen van ziekte, verlenging van de levensverwachting en het bevorderen van gezondheid door georganiseerde inspanningen van de maatschappij. De publieke gezondheidszorg is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten.

Gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de volgende taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg:

- algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering, technische hygiëne zorg, psychosociale hulpverlening bij ongevallen, rampen en ingrijpende gebeurtenissen en medische milieukunde. In de 2e tranche WPG is toegevoegd dat gemeenten zorgdragen voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
- jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5),
- ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a), het betreft het zorgdragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Lokaal zijn er al veel voorzieningen zoals huisartsen, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. De interventies zijn vooral gericht op het verbinden en faciliteren van deze lokale initiatieven. Het vindt zijn uitwerking ook grotendeels in het wmo-beleid.
- infectieziektebestrijding (artikel 6).

Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en laat de Wpg weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van meer gemeentelijke beleidsvrijheid. De keuzes die de gemeente op dit gebied maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens artikel 13 van de Wpg elke vier jaar opstelt. Hierin is aandacht voor gemeentelijke doelstellingen, resultaten en acties die in een bepaalde tijdperiode worden ondernomen. De landelijke prioriteiten uit de landelijke nota worden hierbij in acht genomen. Gemeenten kunnen gemotiveerd afwijken van deze prioriteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de cijfers over gezondheid van de inwoners of lokale omstandigheden.

2.1.2 *Rol van de GGD*

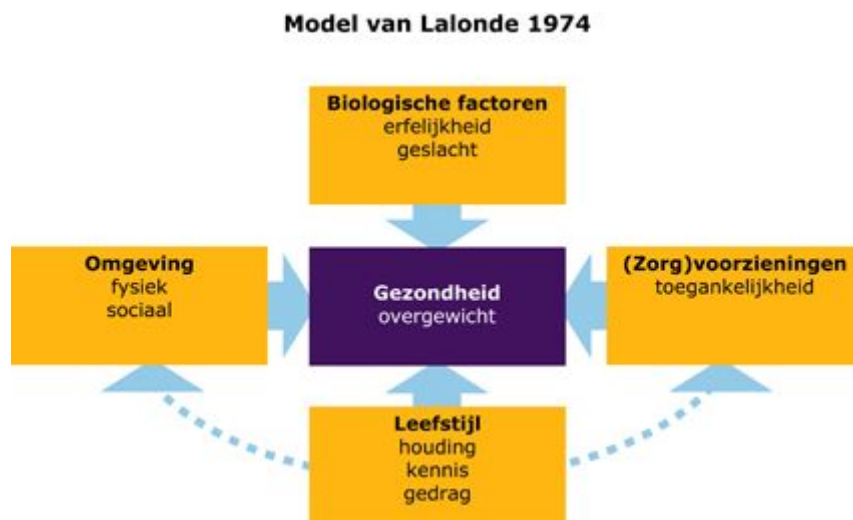
Volgens artikel 14 van de Wpg hebben gemeenten de taak een GGD in stand te houden voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Dat wil overigens niet zeggen dat alleen de GGD deze taken uitvoert; verschillende andere partijen kunnen een belangrijke rol spelen. Daarnaast bevat artikel 16 van de Wpg een bepaling: voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg, vraagt het college van B en W advies aan de GGD.

Naast de Wpg bevatten ook andere wetten voorschriften die (uiteindelijk) gezondheid als doel hebben. Voorbeelden zijn de wet Kinderopvang, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Drank- en horecawet.

2.2 Visie op gezondheid

Gezondheid is een groot goed. Gezonde burgers nemen deel aan de samenleving: zij kunnen leren, werken en voor elkaar zorgen. Gezondheidsbeleid is een investering in de samenleving. Een gezonde gemeente werkt aan een duurzame gezonde toekomst met en voor al haar inwoners.

Gezondheid is een breed begrip. Er is onderscheid tussen de feitelijke gezondheidssituatie en de beleving van de gezondheid door de burgers. Ook mensen met een ziekte of handicap kunnen zich gezond voelen. Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Het is een proces van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, dat wordt beïnvloed door verschillende factoren. Het, al oude, model van Lalonde brengt die factoren nog steeds het meest duidelijk in beeld:



Lokaal gezondheidsbeleid zal moeten aangrijpen bij deze factoren. Dit model van Lalonde maakt ook het belang van integraal werken aan gezondheid duidelijk. Andere beleidsterreinen, zoals sport, jeugd, ruimtelijke inrichting, milieu en Wmo, kunnen in hun beleid gezondheidsdoelen opnemen en zo bijdragen aan een gezonde samenleving. Andersom kunnen gezonde burgers weer een positieve bijdrage leveren aan deze verschillende beleidsterreinen.

Het realiseren van een duurzaam gezonde toekomst voor de inwoners van het Land van Heusden en Altena vraagt om de volgende aanpak:

- burgerkracht inzetten. Met eigen kracht, verantwoordelijkheid, weerbaarheid en basisvaardigheden kunnen burgers gezonde keuzes maken.
- andere beleidsterreinen dienen gezondheid vanzelfsprekend en structureel mee te nemen in hun activiteiten. Bijvoorbeeld door de omgeving zo in te richten dat bewoners worden uitgedaagd tot gezond bewegen.
- samenwerking met andere beleidssectoren, ketenpartners en private partijen.
- toekomstgericht denken: maatregelen van nu hebben invloed op de gezondheid van onze jongeren en hun kinderen.
- voortdurend en flexibel inspelen op maatschappelijke trends en ontwikkelingen.

3 Relaties met andere beleidsvelden

Het gezondheidsbeleid heeft veel raakvlakken met andere beleidsvelden. Op de belangrijkste wordt hieronder nader ingegaan. Deze zijn het wmo-beleid, sportbeleid, het jeugdbeleid en het veiligheidsbeleid. Ook wordt aangegeven welke raakvlakken er zijn met de drie decentralisaties in het sociale domein.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Het centrale doel van de Wmo is mensen in staat te stellen mee te doen in de samenleving. Door preventief gezondheidsbeleid neemt de kans toe dat mensen in staat zijn dit te realiseren zonder ondersteuning door de gemeenten. Immers bij een goede fysieke en mentale gezondheid zijn er minder belemmeringen te participeren in de maatschappij. Prestatieveld 9 van de Wmo gaat over het bestrijden en voorkomen van verslaving. Preventief verslavingsbeleid binnen het domein van de volksgezondheid sluit hierop aan.

Andersom draagt het Wmo-beleid bij aan het bevorderen van de volksgezondheid. Door mensen te ondersteunen om mee te kunnen doen in de samenleving wordt het welbevinden bevorderd. Zo wordt bijvoorbeeld eenzaamheid bestreden. Ook kunnen mensen met behulp van hulpmiddelen hun eigen gezondheid bevorderen.

Jeugdbeleid

Het jeugdbeleid is erop gericht dat jongeren van 0 tot en met 23 zo veilig mogelijk opgroeien tot gezonde en gelukkige volwassenen, die volwaardig meedoen in de samenleving. Het gezondheidsbeleid is voor een groot deel op jongeren gericht, aangezien daar structureel de meeste winst is te behalen. Daarnaast zijn instellingen binnen het jeugdbeleid en de jeugdgezondheidszorg, zoals de GGD, Thebe, maatschappelijk werk en De Vleet, en scholen essentiële uitvoeringspartners in het gezondheidsbeleid.

Sportbeleid

De doelstelling van het sportbeleid is dat alle inwoners van de gemeente, ongeacht hun leeftijd of fysieke gesteldheid, op een verantwoorde, sociale en laagdrempelige wijze, aan enige vorm van bewegen en sportbeoefening kunnen doen. De raakvlakken liggen met name bij het voorkomen en bestrijden van overgewicht. Bewegen en sporten hebben echter ook een positieve invloed op de mentale gezondheid van mensen, bijvoorbeeld doordat mensen weerbaarder worden en gezamenlijke activiteiten bijdragen aan de eenzaamheidsbestrijding.

Veiligheidsbeleid

Een van de speerpunten in het veiligheidsbeleid is 'zorg voor jeugd', waarin de doelstelling is het aandacht blijven geven aan en het onder de aandacht brengen van het (overmatige) gebruik van alcohol en drugs onder de jeugd. Preventief beleid bij alcohol en drugs is eveneens een van de speerpunten in het gezondheidsbeleid.

Decentralisaties

In de komende jaren worden gemeenten verantwoordelijk voor uitvoering van de jeugdzorg, Participatiewet en begeleiding en verzorging uit de AWBZ. Het kabinetsbeleid is daarbij gericht op 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Bij het thema gezinsproblematiek komt deze aanpak terug. Daarnaast kan door preventief gezondheidsbeleid een beroep op voorzieningen en/of ondersteuning in het kader van de nieuwe taken beperkt worden. Met het oog op de geraamde bezuinigingen op de uitvoering van de taken, zijn effectieve preventieve interventies zeer belangrijk. Deze zijn goedkoper en werken langer door dan het bieden van ondersteuning als beperkingen of problemen zich al manifesteren.

Andere beleidsvelden

Integraal gezondheidsbeleid houdt ook in dat er naast het sociale domein, ook in de fysieke omgeving rekening wordt gehouden met gezondheidsaspecten. De inrichting van de fysieke omgeving kan bijdragen aan het bevorderen van de gezondheid, bijvoorbeeld doordat het beweging meer stimuleert, of het leefmilieu minder belast (bijvoorbeeld geluidsoverlast, luchtverontreiniging). Ook dragen gemeentelijke voorzieningen als riolering en de destructie van kadavers bij aan de volksgezondheid. Aangezien deze gericht zijn op de bescherming van de volksgezondheid en niet op bevordering ervan, worden deze niet verder uitgewerkt.

4 Proces totstandkoming nota

In dit hoofdstuk wordt aangegeven op welke wijze de nota tot stand is gekomen. Omdat hiervoor een vernieuwende manier is gebruikt, wordt er uitgebreid bij stil gestaan. De onderwerpen die van invloed zijn geweest op het proces en de keuze van de inhoudelijke gezondheidsthema's worden hieronder uitgewerkt. Deze zijn achtereenvolgens de nota gezondheidsbeleid 2008-2012, gezondheidsgegevens van de GGD, behandeling in de opiniërende raadsvergaderingen van de drie gemeenten en het participatietraject. Het participatietraject is op een vernieuwende interactieve manier uitgevoerd, waarmee onze gemeenten nog geen ervaring hadden. Het is daardoor gelijk een leerproces geweest, dat we kunnen toepassen op toekomstige trajecten.

4.1 Terugblik nota volksgezondheid 2008 – 2012

In de nota gezondheidsbeleid 2008 – 2012 stonden de volgende speerpunten centraal: alcohol en drugs, overgewicht, depressie en eenzaamheid, en integraliteit. In Woudrichem waren daarnaast nog een drietal lokale speerpunten: gezondheidscentra, ouderenadviseurs en AED's. Het actieprogramma voor de gezamenlijke speerpunten bestonden hoofdzakelijk uit twee pijlers: het vergroten van de bewustwording door voorlichting en activiteiten op scholen en welzijnsinstellingen, en het vroegtijdig signaleren en aanpakken van problemen, door de weerbaarheid en sociale vaardigheden van de jongeren te versterken middels trainingen en cursussen.

De uitvoering van de nota is lokaal in de afzonderlijke gemeenten georganiseerd. Hierdoor zijn er in de uitvoering verschillen ontstaan en zijn verschillende accenten gelegd. Dit is niet altijd effectief en efficiënt gebleken en is niet helder voor de organisaties en inwoners. Aangezien onze gemeenten in de toekomst nog meer zullen samenwerken en een gezamenlijke uitvoering effectiever is, willen we deze nota gezamenlijk uitvoeren, waarbij iedere gemeente een aantal speerpunten voor zijn rekening neemt.

Omdat de uitvoering lokaal is gedaan, en de gemeente Woudrichem lokale speerpunten heeft vastgesteld, zijn uitgebreidere lokale evaluaties opgesteld. Deze zijn in de bijlage bij deze nota opgenomen.

De speerpunten uit de nota 2008 – 2012 zijn nog steeds actueel. Ook in de landelijke nota gezondheidsbeleid worden deze als speerpunten aangemerkt. Daarom zijn deze in de startnotitie die in het najaar van de 2012 in de gemeenteraden is besproken, als thema's meegenomen.

4.2 Gezondheidsgegevens (monitor GGD)

De GGD onderzoekt jaarlijks de gezondheidssituatie van een bepaalde doelgroep in de gemeenten. Iedere doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen) wordt zo 1x per vier jaar onderzocht. Deze onderzoeken leveren waardevolle informatie over de gezondheidstoestand van de gemeenten en bieden inzicht in ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Doordat alle gemeenten gelijktijd worden onderzocht, kunnen lokale gegevens afgezet worden tegen regionale gegevens of gegevens van andere gemeenten. Dit geeft een uitstekend referentiekader, waarop de keuzes voor het beleid gebaseerd kunnen worden.

Daarnaast kunnen de monitors gebruikt worden om een indicatie te geven van de effecten van het uitgevoerde beleid. Hierbij moet echter een grote slag om de arm worden gehouden, aangezien veel externe factoren van invloed zijn op de ontwikkelingen. Deze liggen meestal buiten de invloedssfeer van de gemeenten.

Op basis van de GGD-gegevens is geconcludeerd dat voortzetting van de bestaande speerpunten wenselijk is. In de bijlage bij deze nota is een overzicht gegeven van de belangrijkste cijfers.

4.3 Behandeling drie gemeenteraden

In het najaar van 2012 is in de drie afzonderlijke gemeenteraden opiniërend gesproken over de startnotitie voor deze nota. Bij de behandeling in Woudrichem is aangegeven dat roken als speerpunt toegevoegd zou moeten worden. In Werkendam is naast roken ook gehoorbeschadiging als extra thema aangemerkt. In Aalburg tenslotte is geconcludeerd dat depressie en eenzaamheid weliswaar veel raakvlakken hebben, maar dat ze wel gescheiden moeten worden. Depressie is een ziekte/aandoening, eenzaamheid is een sociale omstandigheid. Voor beide is dan ook een andere aanpak nodig.

Op aanraden van de GGD zijn de thema's gezinsproblematiek en schoolverzuim nog toegevoegd. Daarnaast zijn alcohol en drugs als afzonderlijke thema's benoemd, gezien de verschillende aanpak bij beiden. Voor alcoholpreventie loopt bijvoorbeeld het regionale project Think Before You Drink. Voor drugs is er geen regionaal programma. Daarnaast is alcohol vanaf 18 jaar in principe legaal, terwijl drugs dat niet zijn.

4.4 Burgerparticipatie

Kern van het proces is geweest de nota zo interactief mogelijk met inwoners in instellingen op te stellen. Inwoners kregen daarbij een heel belangrijke rol bij het bepalen van de gezondheidsthema's voor de komende jaren. De doelstelling van het participatietraject is de betrokkenheid van inwoners bij en het draagvlak onder inwoners voor het gezondheidsbeleid te vergroten. Het betreft hierbij draagvlak voor zowel de keuze voor bepaalde gezondheidsthema's, als voor de doelen en uitvoering van het beleid. Binnen de formule Effectiviteit = Kwaliteit x Acceptatie ($E=K \times A$) wordt met name de Acceptatie vergroot.

Hieronder wordt het verloop van de interactieve avonden geschetst. Vervolgens wordt aangegeven op welke wijze de social media hiervoor ingezet zijn.

4.4.1 *Eerste burgerpanel - (prioriteren thema's*

Het eerste burgerpanel (op 3 december 2012) is gestart met de gezondheidsthema's op basis van de bestaande nota, de behandeling in de gemeenteraden, en advies van de GGD. Tijdens de eerste interactieve avond is door een inwoner het onderwerp maatschappelijke opvang als thema naar voren gebracht. Tijdens het eerste burgerpanel waren ongeveer 50 inwoners aanwezig.

De thema's zijn door ambassadeurs via wervende presentaties 'gepromoot' bij het burgerpanel. De ambassadeurs zijn afkomstig van organisaties waar het betreffende thema tot haar kerntaak behoort, en waar veel kennis aanwezig is. Dit betreft de GGD (alcohol en overgewicht), Trema (gezinsproblematiek), De Vleet (eenzaamheid), Rivas (roken), Altena College (schoolverzuim), Novadic Kentron (drugs), Indigo/GGZ Breburg (depressie), Thebe (overgewicht), de Hoop (internetverslaving) en een Gehoorconsulent (gehoorbeschadiging). De inwoner die maatschappelijke opvang heeft geagendeerd, heeft deze zelf gepresenteerd. Vervolgens hebben de inwoners middels het toewijzen van fictieve budgetten de thema's geprioriteerd. Dit heeft geresulteerd in de hieronder staande rangorde:

Thema	Bedrag
Alcohol	€ 2550
Eenzaamheid	€ 2300
Overgewicht	€ 2250
Gezinsproblematiek	€ 2100
Roken	€ 1700
Drugs	€ 1600
Schoolverzuim	€ 1050
Depressie	€ 950
Maatschappelijke opvang	€ 900
Internetverslaving	€ 700
Gehoorschadiging	€ 500

Op basis van deze uitslag is voor het tweede burgerpanel besloten door te gaan met de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht. Deze thema's krijgen in eerste instantie dan ook de meeste aandacht bij de uitvoering van het beleid. Hierbij is wel duidelijk aangegeven dat aan de andere thema's wel uitvoering gegeven wordt, maar dat dat pas op een later moment en minder intensief (vanuit gezondheidsbeleid) zal gebeuren. Vanuit andere beleidsterreinen kan hierop nog wel steeds ingezet worden.

4.4.2 *Tweede burgerpanel -Van doelen naar acties*

Het tweede burgerpanel is gebruikt om de doelen van het beleid op de thema's alcohol, eenzaamheid en overgewicht te benoemen en bij deze doelen acties te bedenken. Hierbij waren ca 80 inwoners aanwezig, waarbij veel aanwezigen op het eerste burgerpanel ook nu weer aanwezig waren. De inhoudelijke begeleiding is door de ambassadeurs, gemeenten en andere deskundigen gedaan.

Uit ervaringen van een andere gemeente (Laarbeek) is gebleken dat het voor inwoners heel moeilijk is doelen te formuleren. Daarom is ervoor gekozen vooraf doelen te formuleren en deze voor te leggen aan de inwoners. Deze konden zich vinden in de gestelde doelen. De geformuleerde doelen komen in hoofdstuk 5 terug.

Door middel van brainstormtechnieken zijn vervolgens door de inwoners gezamenlijk plannen bedacht waarmee de doelen bereikt kunnen worden. Hieruit zijn diverse acties naar voren gekomen die de inwoners geschikt achten voor uitvoering. Ambtelijk zijn de voorgestelde plannen beoordeeld op haarbaarheid. Dit heeft geleid tot 8 plannen die verder uitgewerkt konden worden. Een aantal andere acties zijn als onhaalbaar bestempeld omdat ze te complex waren, of niet vanuit het oogpunt van gezondheidbevordering bedacht waren. Andere plannen konden samengevoegd worden, of bestonden al.



4.4.3 *Derde burgerpanel (uitwerken acties en voteren budget)*

Het doel van het derde burgerpanel, waar weer ca. 80 personen aanwezig waren, was de 8 geselecteerde plannen verder uit te werken, en door een jury en inwoners hiervoor budgetten toe te laten kennen.

Het uitwerken van de 8 plannen is gedaan onder begeleiding van de ambassadeurs en andere deskundigen. Vervolgens zijn deze gepresenteerd aan de jury, bestaande uit drie portefeuillehouders en drie inwoners. De beoordeling heeft plaats gevonden op basis van de criteria: creativiteit, competitie-element, bereik, inwonerbetrokkenheid, realistisch budget en zichtbaarheid in de

gemeenten. De jury heeft punten toegekend, waarna de inwoners via een stemming de top 3 hebben bepaald, op basis waarvan de projecten in aanmerking komen voor een bepaald uitvoeringsbudget.

Dit heeft erin geresulteerd dat de volgende plannen als eerste uitgevoerd zullen worden, samen met de inwoners en betrokken organisaties, met inzet van het toegekende budget:

1. Preventieprogramma alcohol € 5.000,-
2. Ga wandelen (eenzaamheid) € 3.000,-
3. Bewegen met bekenden (overgewicht) € 2.000,-



De budgetten zijn beschikbaar gesteld vanuit de middelen voor gezondheidsbeleid.

De overige projecten zullen waar mogelijk ook uitgevoerd worden, de eerste focus zal echter liggen bij bovenstaande projecten.

4.4.4 Inzet social media

Onder de noemer Gezond Altena is bij het participatietraject ook gebruik gemaakt van social media: Facebook en Twitter. Hierop zijn berichten geplaatst en zijn de bijeenkomsten aangekondigd. Het blijkt lastig te zijn een publiek op Facebook op te bouwen; en op deze manier meer inwoners te bereiken. Veel inwoners participeren liever in bijeenkomsten. Het aankondigen van de bijeenkomsten op Twitter heeft naar onze indruk wel de nodige aandacht gegenereerd. Dit is echter niet gemeten.

Ter voorbereiding van het participatietraject is gesproken met jongeren uit onze gemeenten. Tijdens dit gesprek bleek dat het niet haalbaar was bij het opstellen van de nota een geschikte benadering van de jongeren via social media op te zetten. Dit zit in de specifieke benaderingswijze van jongeren die nodig is. Wel willen we de komende periode jongeren betrekken bij het gezondheidsbeleid. Om een geschikte methode te ontwikkelen is van Zon MW een subsidie van € 15.000,- ontvangen. Deze wordt via de GGD en de academische werkplaats van de universiteit Tilburg ingezet. Het onderzoek richt zich specifiek op ons gebied en zal door middel van focusgroepen plaatsvinden. De resultaten worden half mei verwacht.

Overigens zijn bij de burgerpanels ook jongeren aanwezig geweest, zodat deze doelgroep in deze fase wel inbreng heeft gehad.



Facebook: [Gezond Altena](#)

Twitter: [@gezondaltena](#)

LinkedIn: [Gezond Altena](#)

4.5 Inventarisatie organisaties

Relevante organisaties als maatschappelijk werk, scholen, GGD, enz. zijn in de gelegenheid gesteld schriftelijk prioriteiten aan te geven en hun wensen en behoefte aan te geven. Ook is gevraagd wat zij zelf kunnen bijdragen op de verschillende thema's.

Opvallend is dat gezinsproblematiek door de organisaties als het belangrijkste thema is aangeduid. De thema's overgewicht en alcohol zijn daarnaast de belangrijkste thema's voor organisaties. Eenzaamheid komt minder prominent naar voren; dit wordt meer als sociaal probleem ervaren. Omdat in het kader van de burgerparticipatie de mening van inwoners leidend is, is eenzaamheid toch als thema gehandhaafd in het verdere traject. In de uitvoering van het beleid krijgt gezinsproblematiek, naast de drie andere thema's een prominente plaats. Dit heeft veel raakvlakken met het Centrum voor Jeugd en Gezin en de komende decentralisaties.

De rode draad in de inventarisatie onder organisaties is de nadruk op voorlichting, preventie en vroegsignalering. De organisaties benadrukken het belang van het betrekken van de ouders hierbij. Daarnaast wordt ook veelvuldig aangegeven dat organisaties (en inwoners) samen moeten werken om de doelen te bereiken en een integrale aanpak moeten nastreven. Deze elementen worden meegenomen in het uitvoeringsprogramma.

De meeste organisaties hebben aangegeven een bijdrage te willen en kunnen leveren op het gezondheidsbeleid. Op basis van hun opgave, zullen ze bij de uitvoering van het beleid betrokken worden.

4.6 Conclusie

Het participatieproces heeft een zinvolle bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de nota en het uitvoeringsprogramma. Het draagvlak is vergroot en er zijn vanuit de inwoners creatieve projecten bedacht. Het momentum dat hierbij is ontstaan biedt kansen voor een participatieve uitvoering van de nota. Deze willen we dan ook zeker vasthouden.

De inzet van social media zal hiervoor verder uitgebouwd worden, met behulp van een onderbouwde methode. Hiermee worden vooral jongeren nauwer betrokken bij het gezondheidsbeleid in onze gemeenten.

5 Thema's gezondheidsbeleid 2013 – 2016

Op basis van het hiervoor beschreven proces zijn de thema's voor het gezondheidsbeleid in de komende jaren bepaald. Deze worden in dit hoofdstuk uitwerkt, waarbij steeds de bestaande situatie wordt beschreven, de doelen van het beleid en de activiteiten die we daarvoor uitvoeren. De thema's worden op volgorde van prioriteren door het burgerpanel behandeld.

5.1 Alcohol

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

5.1.1 *Omschrijving lokale situatie*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat 2 tot 5 % van de kinderen jonger dan 12 jaar wel eens alcohol heeft gedronken. Een kwart van de jongeren van 12 t/m 18 jaar is een bingedrinker (5 glazen of meer per gelegenheid) wat lager is dan gemiddeld in West-Brabant. 10 tot 16 % van de jongeren geeft aan afgelopen maand dronken te zijn geweest.

Bijna alle ouders in het Land van Heusden & Altena vinden dat jongeren pas vanaf 18 jaar alcohol mogen drinken. Dit is hoger dan gemiddeld in West-Brabant. In onze gemeenten wordt minder alcohol gedronken door de volwassenen en ouderen bevolking dan gemiddeld in West-Brabant maar gemiddeld voldoet nog steeds 1 op de 3 tot 4 volwassenen niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik.

5.1.2 *Wat willen we bereiken?*

De doelen op het thema alcohol zijn:

1. Alcoholgebruik onder de 18 jaar voorkomen.
2. Hoe voorkomen we dat jongeren 'los' gaan zodra ze 18 jaar zijn geworden (en dus alcohol mogen drinken)
3. Hoe zorg je ervoor dat er geen alcohol meer verkocht wordt aan jongeren?

5.1.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende interactieve bijeenkomsten van het burgerpanel eind 2012 en begin 2013 zijn er verschillende projectideeën door burgers en professionals gezamenlijk uitgewerkt. Het projectidee 'voorlichting / preventie alcohol' met als doel het alcoholgebruik onder de 16 jaar terug te dringen kreeg tijdens de laatste burgerpanel de meeste stemmen van de jury, burgers en professionals. Er is aan dit project een bedrag van € 5000.- toegekend.

De bedoeling van het projectidee is om visueel aan jongeren de schadelijke gevolgen van drankgebruik duidelijk te maken. Verder wordt er gezocht naar rolmodellen in de gemeenten die de boodschap om alcohol te beperken op een positieve manier uitdragen, hierbij kan gedacht worden aan bekende sporters. Naast dit winnende idee zijn er meer ideeën aangedragen waar we in een later stadium mee aan de slag gaan.

Projectideeën die naar voren kwamen tijdens het burgerpanel zijn:

- Registratiekaart (chipkaart) alcoholgebruik
- Social marketing

- Alcohollokkers zoals breezers uit de supermarkten
- Scherpere controle en sancties
- Verandering van denken bij ouders
- Alcohol anders
- Doorgaande lijn van voorlichting van -9 mnd tot 23 jaar.

Samen met jeugd, ouders, scholen, kerken, sportverenigingen, Centra voor Jeugd en Gezin, GGD, Novadic-Kentron, De Hoop, bedrijfsleven etc. gaan we aan de slag om het project verder vorm te geven. Via de scholen worden informatieavonden opgezet waarin ouders en jeugd een belangrijke rol vervullen. De burgers gaan samen met de professionals aan de slag om de schadelijke gevolgen op een duidelijke aansprekende manier onder de aandacht te brengen.

Naast de projectideeën is er ook het regionale alcoholmatigingsprogramma 'Think before you drink'

Think before you drink

Sinds 2009 werken de 18 gemeenten in West Brabant, Novadic-Kentron en projectleider GGD West Brabant samen met vele andere (regionale) partijen en organisaties aan de volgende twee hoofddoelstellingen.

1. Géén alcoholgebruik door jongeren onder de 18 jaar
2. Géén overmatig alcoholgebruik door jongeren vanaf 18 jaar



Deze hoofddoelstellingen sluiten perfect aan bij de uitkomsten van het burgerpanel.

Jongeren en alcohol

Bij alle 18 gemeenten (waaronder de gemeenten Aalburg, Woudrichem en Werkendam) is alcoholpreventie onder jongeren een speerpunt in de nota gezondheidsbeleid en is het een aandachtspunt bij de aanpak van integrale veiligheid. Het thema jongeren en alcohol heeft ook raakvlakken met jeugdbeleid, sportbeleid, opvoedingsondersteuning, verslavingspreventie en horecabeleid. Gezamenlijk optrekken bij de integrale aanpak van alcoholgebruik onder jongeren is dus essentieel.

Projectleiding

De 18 gemeenten in de regio West Brabant hebben de GGD West Brabant opdracht gegeven om samen met partners uit het veld de problemen rondom alcoholgebruik onder jongeren aan te pakken. De GGD West Brabant vervult de rol van projectleider van 'Think before you drink'.

Stuurgroep

Het project 'Think before you drink' wordt aangestuurd door een regionale Stuurgroep, zij is verantwoordelijk voor het uitzetten van de grote lijnen van het project en voor de bewaking van de financiën. Deze Stuurgroep bestaat uit portefeuillehouders volksgezondheid uit de regio, een manager van de GGD West Brabant, een adviseur van Novadic-Kentron en de projectleider van de GGD West Brabant. De voorzitter van de Stuurgroep is de portefeuillehouder van de gemeente Drimmelen. De Stuurgroep rapporteert regelmatig over de voortgang van het project in het portefeuillehouderoverleg volksgezondheid in de regio West Brabant. Verder wordt er één keer per kwartaal een nieuwsbrief uitgebracht met daarin de belangrijkste activiteiten.

Nieuwe Drank-en Horecawet

Op 1 januari 2013 is de nieuwe Drank- en Horecawet ingegaan. In de nieuwe wet zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze alcohol in bezit hebben, zowel in de kroeg als op de openbare weg. Verkopers van alcohol die in 12 maanden tijd 3 keer worden betrapt op verboden verkoop, verliezen (tijdelijk) hun vergunning. De handhaving van de wet gaat over naar de gemeenten en kan

daarmee gericht worden ingezet. De gemeenten hebben ieder een kwartiermaker aangewezen die de invoering van de nieuwe wet zal coördineren.

Wat gaat er veranderen?

- In het kader van het streven naar reductie van de administratieve lasten wordt het vergunningsstelsel zodanig aangepast dat er minder frequent een nieuwe vergunning aangevraagd hoeft te worden;
- De burgemeester wordt, ter vervanging van het college van burgemeester en wethouders, in medebewind belast met de uitvoering van de Drank- en Horecawet;
- De gemeenteraad moet een verordening opstellen, waarbij zowel aspecten van oneerlijke mededinging als de bescherming van de jeugd moeten worden meegewogen;
- Gemeenten krijgen meer mogelijkheden om op lokaal niveau beter invulling te geven aan het alcoholbeleid, met name om overmatig alcoholgebruik onder jongeren tegen te gaan;
- Er zijn sancties opgenomen voor niet-vergunningsplichtige detailhandelaren die voor de derde keer in één jaar zwakalcoholische dranken verkopen aan jongeren onder de zestien jaar;
- Jongeren onder de zestien jaar die alcoholhoudende drank aanwezig hebben of voor consumptie gereed hebben op voor het publiek toegankelijke plaatsen (openbare weg en horecabedrijven) worden strafbaar gesteld;
- Het toezicht op de Drank- en Horecawet wordt gedecentraliseerd van het rijk naar de gemeenten.

Verhoging leeftijdsgrens alcohol

De verhoging van de leeftijd waarop alcohol mag worden verkocht gaat van 16 naar 18 jaar. Een grote meerderheid van de Tweede Kamer staat achter het initiatiefwetsvoorstel dat onlangs is behandeld. Mogelijk wordt het nog dit jaar verboden om alcoholhoudende drank te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar. De nieuwe wet maakt ook het bezit van alcohol op straat en in de horeca strafbaar voor 18-minners. We houden de ontwikkelingen hieromtrent in de gaten en zullen uiteraard inspelen op veranderingen.

5.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid is een belangrijke risicofactor voor psychische ongezondheid. Om eenzaamheid te voorkomen, is een sociaal netwerk voor (kwetsbare) mensen van groot belang. Een netwerk van vrienden en familie betekent dat het makkelijker wordt iemand iets te vragen. Hoe groter het sociale netwerk, des te groter de hoeveelheid verkregen steun, de tevredenheid hiermee en de mate van steun die mensen verwachten te krijgen als het nodig is. Sociale steun heeft ook preventieve gevolgen voor de gezondheid. Zo beschermt sociale steun tegen het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Bij het burgerpanel scoorde het thema eenzaamheid hoog op de prioriteitenlijst. Het panel van deskundigen dacht daar anders over. Een verklaring hiervoor is dat eenzaamheid als sociaal probleem wordt gezien en niet als gezondheidsprobleem. Mogelijk dat de lagere score ook komt doordat vanuit scholen veel reacties zijn gekomen bij het panel van deskundigen. Een aantal knelpunten sprong tijdens het burgerpanel eruit:

“Problemen worden in het gewone dagelijkse leven vaak onnodig ‘laat’ of helemaal niet gesignaleerd, doordat partijen onvoldoende met elkaar communiceren.”

“Mensen moeten meer gewezen worden op hun eigen verantwoordelijkheid en meer gestimuleerd worden om eigen verantwoordelijkheid te nemen.”

5.2.1 Omschrijving lokale situatie

Eenzaamheid komt bij alle leeftijdsgroepen voor maar neemt toe naarmate men ouder wordt. Een op de drie volwassenen geeft aan eenzaam te zijn, bij ouderen is dit een op de twee. Ernstig eenzaamheid komt minder voor, dit is 4 – 7 % bij volwassenen en 6 – 9 % bij ouderen in onze gemeenten.

5.2.2 *Wat willen we bereiken?*

De hoofddoelstellingen waar we ons de komende jaren dan ook op willen richten zijn:

1. Burgers bewust laten worden van het bestaan van eenzaamheid en hen inzicht geven in hun mogelijke rol gericht op het bevorderen van participatie
2. Investeren in de sociale samenhang en vaardigheden van inwoners om een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden
3. Stimuleren van verbindingen tussen inwoners en organisaties om eenzaamheidssituaties vroegtijdig te signaleren en op te lossen

5.2.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Tijdens de verschillende burgerpanels zijn door inwoners een aantal projecten aangedragen en uitgewerkt. Deze projecten zijn gericht op de bovenstaande drie doelstellingen.

Mensen die eenzaam zijn vinden het vaak moeilijk om hiermee naar voren te komen. Goede voorlichting en informatie over dit onderwerp zijn dan ook essentieel om inwoners bewust te maken van het bestaan van eenzaamheid. Een activiteit gericht op bewustwording van eenzaamheid van inwoners is het project 'Ga wandelen'. Sport en bewegen dragen bij aan zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid. Naast het mobiliseren van mensen om te bewegen leent een wandeltocht door het LvhA zich ook voor het leggen van contacten en het opbouwen van een netwerk.

Bewustwording dat eenzaamheid bestaat is noodzakelijk voor de aanpak van eenzaamheid. Een volgende stap om eenzaamheid aan te pakken en meer deel te nemen aan de samenleving is het deelnemen aan bepaalde activiteiten. Net als bewegen is ook eten belangrijk om fit te blijven. De meeste volwassenen en ouderen wonen zelfstandig en eten thuis. Ziekte of eenzaamheid kunnen ertoe bijdragen dat mensen minder of minder goed eten. Hierdoor vergroot het risico op ondervoeding. Lokale initiatieven kunnen bijdragen aan beter sociaal en fysiek welbevinden. Hier wordt verder uitwerking aan gegeven door het project 'Gezamenlijk eten'. Hier worden er voor en door inwoners (vrijwilligers) diners georganiseerd bij de mensen thuis, waarmee wordt getracht mensen uit hun isolement te trekken en contacten te leggen. Daarnaast wordt via het project 'Digitale opmars niet meer te stuiten' geïnvesteerd in de sociale vaardigheden van inwoners om een netwerk op te bouwen, door middel van het geven van computerlessen voor en door ouderen.



Het is belangrijk dat bij ontwikkeling van beleid en bij de aanpak van eenzaamheid samenwerking met relevante organisaties en vertegenwoordigers van doelgroepen is. Aandacht en luisteren naar de ander staat hierin centraal. Tijdens de burgerpanels is hier invulling aan gegeven door het project 'Vertel eens'. In dit project schrijven mensen gedichten over hun levensloop aangespoord door vrijwilligers. Aandacht en contact kan iemand uit zijn isolement halen en maakt anderen bewust van het bestaan van eenzaamheid.

Naast bovenstaande projecten zijn er ook bestaande lokale initiatieven. Zo worden in Werkendam en Woudrichem activerende huisbezoeken afgelegd bij 80- plussers. Tijdens de huisbezoeken wordt aan ouderen informatie gegeven over voorzieningen en activiteiten. Vooral op het vlak van woning, vervoer, huishoudelijke verzorging en thuiszorg blijkt een grote behoefte aan hulp te zijn. Op het gebied van aanbod van activiteiten liggen er voor de gemeente dus zeker mogelijkheden. Hierbij kan gedacht worden aan de seniorenwijzer, het loket Altena, de inlooppunten en de mantelzorgwijzer. Deze initiatieven richten zich op de ouderengezondheidszorg. Het blijkt dat deze mogelijkheden bij een groot deel van de ondervraagden (50-75%) niet bekend is.

Daarnaast hebben gemeente Werkendam en Woudrichem twee conferenties over eenzaamheid georganiseerd om samen met het maatschappelijke middenveld na te denken over samenwerking voor de aanpak van eenzaamheid. De conferenties bestonden uit drie thema's: zinvol leven, prettig wonen en het kan iedereen overkomen. Vanuit deze drie thema's zijn een aantal actiepunten voortkomen die komende jaar worden opgepakt. Zo wordt een jeugd actieplan ontwikkeld om jongeren bewust te maken van eenzaamheid onder het motto 'jong geleerd is oud gedaan'. Daarnaast wordt er een systeem opgezet waarbij mensen in een bepaalde buurt kunnen aangeven welke vragen/behoefte zijn hebben en kunnen aangeven waar ze goed in zijn. Zo kan vraag en aanbod in een bepaalde buurt bij elkaar worden gebracht en de sociale cohesie in een buurt worden vergroot. Dit sluit eveneens aan op het laatste actiepunt om een sleutelfiguur in een wijk aan te stellen die de verbinding vormt tussen organisaties en de buurt en middels een sociale kaart vraag en aanbod met elkaar verbindt.

In Aalburg is er onder andere een activiteitenkalender ontwikkeld voor ouderen om mensen samen activiteiten te laten doen. Verder wordt er vanuit de WMO indicatieadviseurs de nodige aandacht geschonken aan de eenzaamheid onder ouderen.

5.3 Overgewicht

Overgewicht vormt een groeiend probleem. Wereldwijd neemt het aantal mensen met (ernstig) overgewicht drastisch toe. Ook in Nederland stijgt het aantal personen; circa 55% van de mannen en 45% van de vrouwen heeft overgewicht. Jaarlijks veroorzaakt overgewicht circa 40.000 nieuwe ziektegevallen van ouderdomsdiabetes (type II), hart- en vaatziekten en kanker. Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor 7% van de sterftegevallen. Overgewicht tast ook de kwaliteit van het leven aan, door sociaal-emotionele problemen, verminderde mogelijkheden om te participeren en belemmeringen bij het bewegen.

5.3.1 *Omschrijving huidige situatie?*

Uit de gezondheidsmonitors van de GGD West-Brabant blijkt dat ook in onze gemeenten overgewicht een probleem is. Gemiddeld een op de tien kinderen van 2 t/m 11 jaar heeft overgewicht. De problematiek neemt toe naarmate men ouder wordt. Bij jongeren van 12 t/m 18 jaar heeft een op de acht overgewicht, bij volwassenen een op de twee, en twee van de drie ouderen zijn te zwaar.

Beweging en voeding zijn belangrijk in de aanpak van overgewicht. Per doelgroep is er een Nederlandse norm vastgesteld voor bewegen. 95% van de kinderen t/m 12 jaar voldoet aan deze norm. Slechts een op de zeven jongeren van 12 t/m 18 jaar haalt de norm van elke dag 1 uur bewegen. Bij volwassenen en ouderen haalt 40 % de norm niet. Iets meer dan de helft van de kinderen jongeren zijn lid van een sportvereniging. Dit percentage is wat lager dan gemiddeld in West-brabant.

Het aantal kinderen en jongeren dat dagelijks groente en fruit eet is lager dan gemiddeld in West-Brabant. Dit betreft 40% van de kinderen van 2 t/m 12 jaar en 90 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar. 90% van de volwassenen en 80 % van de ouderen eten niet voldoende groente en fruit.

5.3.2 *Wat willen we bereiken?*

Voor de aanpak van overgewicht zijn de volgende doelen geformuleerd:

1. De gezonde keuze de gemakkelijkste keuze maken;
2. De consumptie van groente en fruit door de jeugd bevorderen;
3. Het aantal kinderen met overgewicht verminderen door adequate signalering en behandeling;

5.3.3 *Wat gaan we daarvoor doen?*

Bij het burgerpanel zijn twee projecten bedacht voor de aanpak van overgewicht. Aan het project "bewegen met bekenden" is een budget toegekend van € 2.000,-. Het andere project is "Eten met aandacht". Deze projecten worden in 2013 (en de komende jaren) samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en uitgevoerd.

“Bewegen met bekenden” heeft tot doel het meer laten bewegen van jong en oud, vanuit een beweeg/sportcentrum (bijvoorbeeld de Almkreek in Almkerk). Activiteiten kunnen zijn veilig wandelen, hardlopen, mountainbiken, hindernisbaan etc. op en om golfterrein. Hieraan kunnen educatieve activiteiten op scholen, of bij ouderenbonden gekoppeld worden. BN'ers zijn slagroom op de taart en fungeren als trekpleister, aanjager en aanwezigheid bij prikkelende acties.

“Eten met aandacht” heeft tot doel bewuster gezond en gezellig met het gezin met aandacht te eten. Het gaat hierbij om het inkopen, klaarmaken en opdienen van het eten. Daarnaast kan een restaurantweek georganiseerd worden: een laagdrempelig bezoek van een restaurant met gezonde voeding voor kinderen. Er wordt gebruik gemaakt van lokale seizoensproducten. Het menu moet ook thuis gemaakt kunnen worden. In het plan zou dit een jaarlijks terugkerend evenement kunnen worden, bijvoorbeeld tijdens de Week van de Smaak en de Voeding van het Voedingscentrum. Tenslotte zouden de recepten kunnen worden gebundeld in een gezond “Land van Heusden en Altena” kookboek.

Naast deze projecten zijn er in de afzonderlijke gemeenten al lopende projecten en activiteiten gericht op voeding en beweging. Deze worden voortgezet. Een voorbeeld hiervan is Lekker Fit, een lesprogramma van de GGD, dat op diverse scholen wordt uitgevoerd. In Woudrichem is dit programma in samenwerking met Hak uitgebouwd tot Expeditie Lekker Fit, een driejarig programma, waarin ook kooklessen, supermarktbezoek en de Gezonde Quiz zijn meegenomen.



In alle gemeenten zijn buurtsportcoaches actief. Deze zorgen voor een breed en gevarieerd aanbod voor sport en bewegen en stimuleren deelname daaraan. Hierbij wordt nauw samengewerkt met basisscholen, buitenschoolse opvang en sportverenigingen. Daarnaast is er een sportcoach aangepast sporten aangesteld, die sportorganisaties en mensen met een beperking ondersteunt bij aangepast sporten. Deze is aangesteld naar aanleiding van het onderzoek sport en gehandicapten dat in de drie gemeenten is uitgevoerd. Tenslotte wordt het bestaande beweegaanbod voor ouderen gehandhaafd en waar mogelijk uitgebreid. Dit gebeurt in samenwerking met welzijnsorganisaties.

5.4 Overige thema's

In de komende periode zal de aandacht voornamelijk uitgaan naar de thema's die door de inwoners van het Lvha zijn geprioriteerd namelijk Alcohol, overgewicht en eenzaamheid. Hieronder worden de andere thema's uitgewerkt, die op een later moment opgepakt worden.

5.4.1 Gezinsproblematiek

De meeste kinderen (95%) leven in een twee oudergezin. 2% leeft in een samengesteld en 3% in een eenoudergezin. Van de gezinnen heeft 15 % momenteel problemen met één of meer ingrijpende gebeurtenissen. Dit betreft vooral overlijden, echtscheiding of financiële problemen. 5% van de kinderen leeft in een gezin waarbij er door geldgebrek een risico kan ontstaan voor de gezondheid of het welbevinden van het kind.

40 % van de ouders ervaren problemen bij de opvoeding van hun kind. Zij benoemen vooral problemen bij het luisteren, gehoorzamen, het stellen van grenzen en problemen met de ontwikkeling. Een kwart van de ouders geeft aan bovengemiddelde stress te ervaren bij het opvoeden.

In sommige gezinnen is er op meerdere fronten het nodige aan de hand. De ouders hebben individuele problemen, zoals financiële problemen of problemen met de geestelijke of lichamelijke gezondheid. Daarnaast kunnen zich problemen in de onderlinge verhoudingen in een gezin voordoen. Hierdoor zijn

de ouders soms niet meer voldoende in staat hun ouderrol goed in te vullen. Opvoedingsproblemen, verwaarlozing, schoolverzuim en gedragsproblemen bij kinderen kunnen hier een gevolg van zijn. Ook kan een kind bijvoorbeeld gezondheids-, leer-, of gedragsproblemen hebben die van invloed zijn op de verhoudingen binnen een gezin. Het is van belang om (de oorzaak van) de problemen tijdig en integraal aan te pakken, zodat problemen niet onnodig escaleren.

Het thema gezinsproblematiek werd na alcohol, overgewicht en eenzaamheid als hoogste geprioriteerd door de burgers en bij de professionals stond gezinsproblematiek zelfs in de top drie. Het is dus een thema dat erg leeft onder burgers en professionals van de drie gemeenten en wat zeker onze aandacht heeft.

Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

Het CJG is een plek waar ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals terecht kunnen met al hun vragen over opvoeden en opgroeien. Er zijn in de drie gemeenten verschillende fysieke inlooppunten gerealiseerd waar men terecht kan met kleine en grote vragen. Daarnaast hebben de CJG's van de gemeenten een website. Binnen de CJG's vinden er ook casuïstiekoverleggen plaats waar jongeren en gezinnen worden besproken.

Naast de Centra voor Jeugd en Gezin in de gemeenten Aalburg en Werkendam/Woudrichem zijn er verschillende instrumenten waarmee we proberen de jeugd zo goed mogelijk in beeld te hebben en te houden.

Elektronisch Kinddossier

Het EKD is de elektronische versie van het papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet (meer)voor onderzoek komen. Het gebruik van het EKD is sinds 2010 verplicht.

Zorg voor Jeugd

De Verwijsindex Risicjongeren (VIR) is tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van Jeugd en gezin. Met de VIR worden risicosignalen van hulpverleners over jongeren, uit heel Nederland, bij elkaar gebracht. Zo kunnen hulpverleners eenvoudig en in een vroegtijdig stadium contact met elkaar opnemen voor betere hulp aan de jongere, ook al is deze verhuisd. De VIR moet ervoor zorgen dat de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen instanties verbetert. Van beroepskrachten (in jeugdgezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, veiligheid, werk en inkomen) wordt verwacht dat zij een melding doen als zij bij een jeugdige problemen vaststellen die een risico vormen voor diens ontwikkeling. De afweging om wel of niet te melden dient bij voorkeur gebaseerd te zijn op kwalitatief goede meldcodes, richtlijnen en protocollen.

Binnen gemeenten zijn duidelijke, sluitende afspraken gemaakt te worden over wie de zorgcoördinatie voert over de hulpverlening. De gemeenten zien erop toe dat er daadwerkelijk actie wordt ondernomen. In onze gemeenten zijn we aangesloten op het signaleringssysteem 'Zorg voor Jeugd' dat per 1 juli 2010 is aangehaakt aan de VIR.

5.4.2 Roken

Een op de zes kinderen van 0 t/m 11 jaar wordt in huis bloot gesteld aan (sigaretten)rook. Bij jongeren is dit een op de vier. Gemiddeld rookt 85 % van de jongeren van 12 t/m 18 jaar niet. Onder de volwassenen daalt het rookgedrag maar rookt nog steeds 20 %. Bij ouderen is dit 15 %.

Door de drie gemeenteraden is roken aangeduid als belangrijk speerpunt in het gezondheidsbeleid. Landelijk worden veel maatregelen getroffen om het roken tegen te gaan, zoals het rookverbod in de horeca en accijnsverhoging. Gemeenten kunnen aanvullend hierop preventieve voorlichting organiseren. Dit zal in overleg met scholen en andere intermediairs opgezet worden, waarbij dit gecombineerd kan worden met andere voorlichtingsactiviteiten voor bijvoorbeeld drugs.

Het beleidsdoel voor dit thema is het voorkomen dat jongeren gaan roken.

5.4.3 Drugs

Een op de 12 jongeren heeft wel eens drugs gebruikt. Dit gaat voornamelijk over cannabisgebruik. Nauwkeurige gemeentelijke gegevens over het drugsgebruik zijn niet beschikbaar.

Ook drugsgebruik kan leiden tot gezondheidsschade. Er zijn verschillende soorten soft- en harddrugs te onderscheiden. Denk hierbij aan Cannabis, Hasj, Cocaïne, heroïne, GHB, XTC, paddo's etc. Hoewel alcohol de meest zorgwekkende drugs is, mag het gebruik van deze vormen van drugs niet onderschat worden. De komende jaren zullen ook preventieactiviteiten op dit terrein worden voortgezet op de scholen, sportverenigingen, kerken etc. We werken hierin ondermeer samen met onze partners GGD West Brabant, Novadic-Kentron en stichting De Hoop. Ook vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin kan informatie worden gegeven betreffende drugs.

Het centrale beleidsdoel voor dit thema is enerzijds het voorkomen dat jongeren drugs gaan gebruiken, en anderzijds het inzetten van hulpverlening bij signalen van drugsgebruik. Vanuit het beleidsveld veiligheid wordt ook ingezet op het voorkomen van overlast als gevolg van drugsgebruik.

5.4.4 Schoolverzuim

Een leerling die niet op school is tijdens de lessen die hij moet volgen verzuimt van school. Soms heeft hij daarvoor een geldige reden bijvoorbeeld ziekte of afwezigheid met toestemming. Dit heet geoorloofd verzuim. Bij het ontbreken van een geldige reden heet het ongeoorloofd verzuim, ofwel spijbelen. De school bepaalt of er sprake is van een geldige of ongeldige reden voor verzuim.

Risico's schoolverzuim

Verzuim kan leiden tot leerachterstanden, wat vervolgens kan leiden tot uitstroom naar een lager onderwijsniveau of het niet behalen van een startkwalificatie. Ook kan het verzuim invloed hebben op de omgang met klasgenoten en op de zelfstandigheid en het oplossend vermogen van de jongere.

Schoolverzuim is een signaal

Achter schoolverzuim schuilen vaak andere problemen. Bijvoorbeeld een onrustige thuissituatie of leer- en motivatieproblemen. Leerlingen kunnen ook lichamelijke klachten hebben veroorzaakt door stress of leefstijl.

De aanpak van ongeoorloofd verzuim is bij wet geregeld. Voor de aanpak van geoorloofd verzuim is afgesproken dat de school de leerling na vier weken meldt bij de leerplichtambtenaar. In de tussentijd moeten betrokken partijen zelf aan de slag! Bundeling van de krachten van de jongere, zijn ouders/verzorgers en professional versterkt de aanpak. Systematisch aandacht en zorg besteden aan de ziek gemelde jongere en de inzet van ziekteverzuimbegeleiding werkt preventief.

Uit de gezondheidsmonitor van de GGD West-Brabant blijkt dat een op de acht jongeren van 12 t/m 18 jaar de afgelopen vier weken gespijbeld heeft. Dit is meer dan gemiddeld in West-Brabant. Een kwart van deze jongeren heeft de afgelopen 4 weken verzuimd van school. Het gezondheidsdoel bij dit thema is het zoveel mogelijk beperken van schoolverzuim.

5.4.5 *Depressie*

Bijna alle kinderen voelen zich vrolijk. Depressie komt nauwelijks voor. 3% van de jongeren voelt zich somber. Een derde van de volwassenen heeft een (matig tot hoog) risico op het ontwikkelen van een angststoornis of depressie. Bij ouderen heeft de helft een verhoogd risico op depressie.

Sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid en zelfwaardering zijn factoren die volwassenen beschermen tegen depressie. Preventie richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en controle van mensen, waardoor de kans op depressie afneemt.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Het voorkomen van depressies door het inzetten van preventieve programma's en het bestrijden van depressies door het bevorderen van vroegsignalering en het verlagen van de drempel voor de hulpvraag.

5.4.6 *Maatschappelijke opvang*

Maatschappelijke opvang is tijdens het 1^e burgerpanel als thema geagendeerd door een inwoner.

Maatschappelijk opvang is als wettelijke taak opgenomen in de Wmo, waarin de bevoegdheid voor het beleid is neergelegd bij de centrumgemeente Breda. Deze stelt het beleid op, in samenspraak met de regio-gemeenten; dit onder de noemer van het Stedelijk Kompas. Centraal doel hierbij is het voorkomen van dakloosheid, en waar het toch optreedt binnen 24 uur passende opvang te realiseren.

Het bieden van opvang is een verantwoordelijkheid voor alleen de centrumgemeente. Een opvanglocatie kan wel decentraal, met instemming van de betreffende gemeente, gerealiseerd worden. Alle gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk voor de preventie van dakloosheid en de nazorg. Door een convenant met woningcorporaties en het maatschappelijk werk wordt hieraan invulling gegeven. Deze wordt in 2013 geëvalueerd. Daarnaast wordt in vervolg op onderzoek van de drie wmo-adviesraden beoordeeld of aanpassing van het beleid noodzakelijk is. Er zijn namelijk signalen dat er onvoldoende opvangplaatsen beschikbaar zijn, en deze vaak niet bereikbaar zijn.

Maatschappelijk opvang valt primair onder het Wmo-beleid. In deze nota wordt het dan ook niet verder uitgewerkt.

5.4.7 *Internetverslaving*

Internetgebruik begint op jonge leeftijd. Kinderen van 4 t/m 11 jaar zitten gemiddeld ruim 80 minuten per week op internet. Een op de twintig ouders geven aan nooit mee te kijken met het internetgebruik. De helft van de jongeren van 12 t/m 18 jaar bezoekt dagelijks social media sites. Een op de 25 jongeren geeft aan internetverslaafd te zijn. Een op de 12 jongeren gamen dagelijks online en een op de 7 winkelt, surft of zoekt dagelijks informatie. Een op de 20 jongeren is het afgelopen jaar digitaal gepest.

Het gebruik van internet is inmiddels doorgedrongen tot het dagelijks leven van mensen. Uit onderzoek (Van Rooij & Van den Eijnden, 2007) komt naar voren dat bijna alle scholieren in Nederland toegang hebben tot internet. Onderzoek van E-movo laat zien dat 7% van de jongeren een internetverslaving heeft en 30% van de jongeren zit meer dan 15 uur per week privé op internet zit. De internetverslaving heeft betrekking op het bezoek aan diverse sociale media sites en gaming.

Doelstelling waar we ons de komende jaren op willen richten is:

Meer inzicht krijgen in cijfers over internetverslaving in het Lvha en onderzoeken welke interventies passend zijn om internetverslaving te bestrijden en voorkomen. Er zijn op dit moment geen lokale gegevens over dit thema bekend.

5.4.8 *Gehoorschadiging*

Jongeren worden in meer of mindere mate blootgesteld aan vrijetijdslawaai. Onder vrijetijdslawaai valt bijvoorbeeld het geluid in discotheken, festivals, concerten en van mp3- spelers. Door blootstelling

aan deze geluiden lopen jongeren een verhoogd risico op permanente gehoorschade. Er zijn landelijke cijfers beschikbaar over gehoorschade door vrijetijdslawaai. Een groot deel van de bevolking loopt risico op gehoorschade en heeft last van het gehoor. Er is een toename van 84% in 2010 naar 90 % in 2012. Dit is een duidelijke stijging. Dat terwijl de helft van de bevolking denkt dat gehoorbescherming niet nodig is. Voor onze gemeenten zijn geen lokale gegevens bekend.

Aandacht voor preventie van gehoorschade is daarom belangrijk, omdat zo getracht wordt gehoorschade te voorkomen of zo veel mogelijk te beperken. De doelstelling kan als volgt geformuleerd worden:

“preventieve maatregelen nemen om gehoorbeschadiging bij jongeren in de leeftijd van 13 tot 21 te voorkomen en zoveel mogelijk te beperken, door aan te sluiten bij landelijke voorlichtingscampagnes”

6 Uitvoering van het beleid

6.1 Jaarlijks gezamenlijk uitvoeringsprogramma

Zoals eerder geconcludeerd is een vierjarig uitvoeringsprogramma niet flexibel genoeg om in te kunnen spelen op veranderende omstandigheden. Daarom is ervoor gekozen in de nota gezondheidsbeleid in algemene zin aan te geven welke activiteiten uitgevoerd zullen worden, op welke thema's. De algemene doelstellingen per thema zijn ook benoemd in de nota.

Aan de nota worden jaarlijkse uitvoeringsprogramma's gekoppeld, die door de colleges van B&W vastgesteld zullen worden en ter kennisname naar de gemeenteraden worden gestuurd. Het uitvoeringsprogramma is voor een groot deel gebaseerd op de uitkomsten van het participatietraject. Daarnaast zullen ook projecten en activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd worden op initiatief van de gemeenten zelf.

In tegenstelling tot de voorgaande jaren, is het de bedoeling om de uitvoering van de nota waar mogelijk gezamenlijk op te pakken, waarbij iedere gemeente voor een aantal thema's verantwoordelijk is. Dit bevordert de kwaliteit van het beleid. De thema's worden jaarlijks naar evenredigheid verdeeld over de gemeenten. Een belangrijke voorwaarde hierbij is afstemming tussen de gemeenten. Ambtelijk zal dat periodiek gebeuren, bestuurlijk zal jaarlijks het uitvoeringsprogramma en de evaluatie ervan gezamenlijk besproken worden. In bepaalde gevallen zal lokale uitvoering plaats blijven vinden, met name als er veel raakvlakken zijn met ander lokaal beleid.

6.2 Financieel kader

In het algemeen wordt voor alle gemeenten het beschikbare budget voor gezondheidsbeleid als kader gebruikt. Voor de uitvoering van de nota zijn geen extra middelen nodig. Omdat de uitvoering van de nota gezondheidsbeleid in de komende jaren per onderwerp zal plaatsvinden voor de drie gemeenten gezamenlijk, worden de kosten van deze projecten verdeeld over de gemeenten op basis van het inwoneraantal.

Tijdens het laatste burgerpanel zijn drie projecten benoemd, die in 2013 uitgevoerd zullen worden en waarbij de prioriteit in eerste instantie ligt. De projecten zijn in hoofdstuk 4 beschreven. Ze zijn ook in het uitvoeringsprogramma 2013 opgenomen. Gedurende het jaar worden de projecten samen met de inwoners en organisaties verder uitgewerkt en vervolgens uitgevoerd. Hieronder is een globaal aangegeven welke kosten verwacht worden bij de projecten. Gezien de fase waarin de projecten zich bevinden, is slechts een inschatting te maken van de kosten. Voor de projecten is door het burgerpanel een budget toegekend, deze is in onderstaand overzicht meegenomen:

Project	Budget Burgerpanel	Extra benodigd budget	Totaal
Alcoholpreventie	€ 5.000,-	€ 5.000,-	€ 10.000,-
Ga Wandelen	€ 3.000,-	€ 2.000,-	€ 5.000,-
Bewegen met bekenden	€ 2.000,-	€ 2.000,-	€ 4.000,-

Waar mogelijk zullen via subsidies en/of fondsen extra middelen worden aangevraagd voor het gezondheidsbeleid. Ook zal indien mogelijk de samenwerking met ondernemers en organisaties worden versterkt. Hiermee kan een extra impuls worden gegeven aan interactieve projecten.

7 Evaluatie

De nota heeft een looptijd van 2013 tot en met 2016. Halverwege de looptijd zal een tussentijdse evaluatie worden uitgevoerd, op basis waarvan (indien nodig) de uitvoering kan worden bijgesteld. Aan het einde van de looptijd, zal de nota geëvalueerd worden.

De werkwijze bij het opstellen van de nota zal ook doorgezet worden bij de evaluatie ervan. Op een interactieve manier zullen inwoners en organisaties in de gelegenheid worden gesteld een bijdrage te leveren aan de evaluatie. Deze heeft dan betrekking op zowel het participatieproces, als de uitvoering van de nota.

Bijlagen
(Zie bijlagenboek)

- Bijlage 1: Evaluatie nota volksgezondheid 2008 – 2012 per gemeente
Bijlage 2: Uittreksel gezondheidsmonitors GGD