Aan de gemeenteraad

Katwijk

Zaaknummer : 2008-17863
Programma : Zorg, welzijn, werk en inkomen
Onderwerp : Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012

Katwijk, woensdag 20 mei 2009

Inleiding

Op 29 juli 2008 stelde het college van Burgemeester en Wethouders de Concept Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2012 vast. Hierna werd een inspraakprocedure in gang gezet. Via een openbare bekendmaking op de gemeentepagina in de lokale kranten en via een email naar alle genodigden van de werkconferentie Lokaal Gezondheidsbeleid op 4 september 2007, heeft het conceptbeleid acht weken ter inzage gelegen en is een ieder in de gelegenheid gesteld om eventuele op- of aanmerkingen over het conceptbeleid te maken. Er zijn hierop reacties binnengekomen van de Huisartsenkring Katwijk, de Stichting Senioren Adviesraad Katwijk en Platform Kocon. Naar aanleiding van de reactie van de Huisartsenkring Katwijk heeft er een overleg plaatsgevonden tussen de gemeente Katwijk (bestuurlijk/ambtelijk) en een vertegenwoordiging van de Huisartsenkring. Op basis van de ingekomen reacties en het genoemde overleg met de huisartsen, is de nota aangepast en wordt deze ter vaststelling aan u aangeboden (bijlage 2). Aanpassing heeft plaatsgevonden na input van de huisartsen en in samenspraak met de GGD Hollands Midden. Deze tweede Nota Lokaal Gezondheidsbeleid, die de periode van 2008-2012 had moeten beslaan, kon door personele wisselingen in de ambtelijke organisatie niet voor midden 2009 worden afgerond. De nota is om deze reden, na overleg met de GGD, hernoemd tot Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012 . De bijbehorende aanpassingen in de planning zijn opgenomen in de huidige versie. Een samenvatting van de reacties, het overleg met de huisartsen en de aanpassingen in de nota vindt u in bijlage 1.

Beoogd resultaat

Het op peil houden of verbeteren van de gezondheidssituatie van de inwoners van de gemeente Katwijk.

Argumenten

1.1. Het serieus behandelen van reacties is van belang gelet op afdeling 3:4 van de Algemene Wet Bestuursrecht
Op grond van afdeling 3:4 van de Algemene Wet Bestuursrecht is het van belang dat reacties voortgekomen uit de inspraakprocedure zorgvuldig worden behandeld en meegewogen worden in de aanpassing van het beleid.

1.2 De aanpassingen verhelderen de rol van de gemeente en de huisartsen in het lokale gezondheidsbeleid
Uit het overleg met de huisartsen bleek dat er bij beide partijen een onvolledig beeld bestond van wat de rol van de gemeente en van de huisartsen is, moet of kan zijn in (de aansluiting tussen) de preventieve en curatieve gezondheidszorg. De aanpassingen in de nota geven van deze zaken een vollediger beeld.

2.1 Gemeenten zijn wettelijk verplicht om elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen
Op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG), die per 1 december 2008 is werking trad, blijven gemeenten verantwoordelijk voor de bescherming en bevordering van haar burgers. Met ingang van 1 januari 2004 moeten gemeenten vierjaarlijks een nota gezondheidsbeleid schrijven. Eind 2003 is er een gezamenlijke nota lokaal gezondheidsbeleid van de toenmalige gemeenten Valkenburg, Rijnsburg en Katwijk in de drie gemeenteraden vastgesteld.

2.2 Specifieke problemen op lokaal niveau worden eerder gesignaleerd en aangepakt
Het opstellen van een nota lokaal gezondheidsbeleid is aanleiding om specifieke problemen op lokaal niveau eerder te signaleren en aan te pakken.

Kanttekeningen

1.1 Vaststelling vindt plaats in 2009, de beleidsperiode is aangepast naar "2009-2012"
Door het zorgvuldig volgen van de inspraakprocedure en door personele wisselingen in de ambtelijke organisatie, heeft de aanpassing van de nota enige vertraging opgelopen. Vaststelling van de nota vindt plaats in 2009 en om deze reden is de nota, in overleg met de GGD, hernoemd tot Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012.

Middelen

Voor de uitvoering van de acties genoemd in het Lokaal Gezondheidsbeleid is vanaf 2009 een structureel bedrag van €10.000,- opgenomen in de begroting (kostenplaats 671400008).

Uitvoering

Na vaststelling door de gemeenteraad wordt het besluit gepubliceerd op de gemeentepagina in de lokale kranten en zal er de komende jaren uitvoering gegeven worden aan de acties genoemd in de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012. Het Raadsbesluit en de bijbehorende stukken worden toegezonden aan de organisaties die een reactie op de concept-nota gegeven hebben (d.m.v. bijgevoegde brieven in bijlage 3 t/m 5).

Bijlage(n)

1. Samenvatting (reacties, overleg huisartsen, aanpassingen nota)
2. Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012
3. Begeleidende brief aan Huisartsenkring Katwijk
4. Begeleidende brief aan Stichting Senioren Adviesraad Katwijk
5. Begeleidende brief aan Platform Kocon

Burgemeester en wethouders van Katwijk,
De secretaris De burgemeester
lo.b.

Raadsbesluit

Katwijk

Zaaknummer : 2008-17863
Onderwerp : Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012

De raad van de gemeente Katwijk;
gelezen het voorstel van burgemeester en wethouders van Katwijk van 26 mei 2009;
gelet op artikel 13, lid 2 van de Wet Publieke Gezondheid en artikel 147, lid 2 van de Gemeentewet;

B E S L U I T:

1. De Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012 vast te stellen.

Aldus vastgesteld door de raad van de gemeente Katwijk
in zijn openbare vergadering van 2 juli 2009.

De griffier De voorzitter

Samenvatting behorende bij het raadsvoorstel van 18 mei 2009, over de actualisatie van de beleidsperiode van de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid en de ingekomen reacties op deze nota en de naar aanleiding hiervan gemaakte aanpassingen:

Inleiding

Op 29 juli 2008 stelde het college van Burgemeester en Wethouders de Concept Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2012 vast en gaf zij toestemming tot het starten van de inspraakprocedure volgens de gemeentelijke inspraakverordening. Er zijn hierop reacties binnengekomen van de Huisartsenkring Katwijk, de Stichting Senioren Adviesraad Katwijk en Platform Kocon. Op basis van de inhoud van de reactie van de Huisartsenkring Katwijk heeft er een overleg plaatsgevonden tussen de gemeente Katwijk (bestuurlijk/ambtelijk) en een vertegenwoordiging van de Huisartsenkring (Dr. Moolenburgh en Dr. Meewisse). Vervolgens is de nota, na input van de huisartsen en in samenspraak met de GGD Hollands Midden, aangepast.

In deze bijlage vindt u een samenvatting van de ingekomen reacties en de aanpassingen die op basis daarvan gemaakt zijn in de nota. Aangezien er met de huisartsen een overleg heeft plaatsgevonden naar aanleiding van hun reactie, is dit overleg ook meegenomen in deze samenvatting en zijn de uitkomsten hiervan meegenomen in de aanpassing van de nota. De "Samenvatting reactie", "Samenvatting overleg" (bij reactie Huisartsenkring) en "Aanpassing in de nota" zijn aan elkaar gekoppeld door middel van de nummering.

Naast aanpassingen die gebaseerd zijn op de ingekomen reacties, zijn er recentelijk ook enkele aanpassingen in de nota aangebracht die een actualisering van de beleidsperiode betreffen. Het College van Burgemeester en Wethouders betreurt het dat de tweede Nota Lokaal Gezondheidsbeleid, die de periode van 2008-2012 had moeten beslaan, door personele wisselingen in de ambtelijke organisatie niet voor midden 2009 kon worden afgerond. Omdat de gemeenteraad het terecht onwenselijk achtte om een nota vast te stellen waarin beleidsuitgangspunten voor het voorafgaande jaar zijn opgenomen, is na overleg met de GGD besloten om de voorliggende nota vanaf 2009 van kracht te laten zijn. De nota is om deze reden hernoemd tot Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012 . De bijbehorende aanpassingen in de planning zijn opgenomen in de huidige versie. Verdere actualisaties van de nota hebben betrekking op de overgang van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid in de Wet Publieke Gezondheid en de inmiddels vastgestelde Kadernota Verslavingsbeleid.

1. Ingekomen reactie: Huisartsenkring Katwijk

1.1 Samenvatting reactie

1. De Huisartsenkring Katwijk geeft aan geen meerwaarde te zien in de rol van de gemeente als "regisseur".

2. De Huisartsenkring Katwijk geeft aan dat de gemeente te weinig inzicht heeft in de huidige gang van zaken in de huisartsenpraktijk wat betreft de vier beleidsprioriteiten (opvoeding jeugd, genotmiddelengebruik, overgewicht en diabetes, geestelijke gezondheid). In haar reactie geeft zij hier ook enkele voorbeelden van.

3. De Huisartsenkring Katwijk geeft aan dat op bladzijde 24, hoofdstuk 4.3, punt 5 van de concept nota staat dat de continuïteit van de huisartsenzorg geen knelpunt meer is. Zij geven echter aan dat dit wel het geval is, omdat ongeveer acht huisartsen de praktijk om leeftijdsredenen zullen beëindigen de komende jaren. Van opvolging kan slechts sprake zijn bij de realisatie van HOEDEN.

4. In een nagekomen reactie van de huisartsen wordt aangegeven dat Dr. Schonenberg niet wordt genoemd in de lijst met genodigden voor de werkconferentie op bladzijde 37 in de bijlagen van de concept nota.

5. In een nagekomen reactie van de huisartsen wordt aangegeven dat de locatie Randweg niet wordt genoemd in de ontwikkelingen van centra.

1.2 Samenvatting overleg

1. In het overleg is gesproken over de benaming "regisseur". Zaken zijn wellicht teveel met een "bestuurlijke toonzetting" neergezet. Toegelicht is ook dat de nota geschreven is door de GGD HM en dat de gemeente wettelijk verplicht is om enkele zaken op het gebied van het lokale gezondheidsbeleid uit te voeren.

Gesproken is over de gemeentelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van preventie en het afstemmen van de aansluiting van preventie op curatie.

2. In het overleg is doorgesproken over datgene wat de huisartsen al doen op het gebied van de vier beleidsprioriteiten. Afgesproken is dat de huisartsen schriftelijk aan kunnen geven wat zij precies al doen en wat zij eventueel missen ten aanzien van preventie en de afstemming tussen preventie en curatie. Dit hebben zij ook gedaan (voor zover dit binnen de gegeven tijd mogelijk was) en is meegenomen in de aanpassingen.
3. In het overleg is doorgesproken over de continuïteit van de huisartsenzorg. De huisartsen hebben de ervaring dat de realisatie van HOEDEN veel vertraging oploopt.
Dit komt door externe factoren die van invloed zijn op planvorming op het gebied van ruimtelijke ontwikkeling. Hierdoor wordt echter ook de continuïteit van de huisartsenzorg bedreigd.

5. In het overleg is door de huisartsen toegelicht dat de praktijk aan de Randweg al geruime tijd bezig is om toestemming te verkrijgen om uit te bouwen. Hiervoor vindt overleg plaats met de afdelingen Veiligheid en Ruimtelijke Ontwikkeling van de gemeente.

6. In het overleg met de huisartsen kwam naar voren dat benoeming van armoedebeleid gemist wordt in de concept nota. Dit terwijl armoedebeleid een positief effect heeft/kan hebben op de volksgezondheid.

1.3 Aanpassing in de nota

1. Toevoeging op Blz. 9 en 10, hoofdstuk 2.3 over "De rol van de gemeente": er wordt een toelichting gegeven op wat de taak van de gemeente als "regisseur" precies inhoudt. Verder is geprobeerd om met verdere kleine aanpassingen in de nota de rol van de gemeente iets duidelijker en genuanceerder weer te geven.

2. Vanaf Blz. 30, hoofdstuk 6, Beleidsprioriteiten: bij iedere beleidsprioriteit zijn de relevante aanpassingen aangebracht onder de kopjes "wat gebeurd er al" en "wat willen we bereiken". Per beleidsprioriteit gaat het dan voornamelijk om het volgende:

- Opvoeding jeugd: afstemming tussen de back-office van het Centrum voor Jeugd en Gezin en het huisartsenproject "vroeg-diagnostiek";
- Genotmiddelengebruik: de curatieve rol van de huisartsen, waarbij ze aansluiting zoeken op preventie door samenwerking met organisaties als de AA, Stichting De Brug en Brijder.
- Overgewicht en diabetes: het diabetespreventieproject "Routeplanner Diabetespreventie" vanuit de Nederlandse Diabetes Federatie (in Katwijk neemt namens de huisartsen een huisartsenpraktijk hier deel aan), huisartsen werken met praktijkondersteuners (die intensief mensen met diabetes II begeleiden) en huisartsen conformeren zich aan de doelstellingen zoals deze zijn neergelegd in STERK (Stichting Eerstelijns Regionale Ketenzorg). Het is vervolgens van belang dat mensen de gezonde leefstijl continueren in het dagelijkse leven. De gemeente kan hier aan bijdragen door het realiseren van toegankelijk en betaalbaar beweegaanbod in de wijk (via het welzijnswerk).
- Geestelijke gezondheid: deelname van huisartsen aan het onderzoek "Promode" van het LUMC (richtte zich op het signaleren van depressie bij ouderen en het vervolgens aanbieden van een behandeling), voortzetten van de signaleringsfunctie van huisartsen n.a.v. genoemd onderzoek en hier actief behandelingen op aanbieden, start van het werken met Praktijkondersteuners GGZ door huisartsen.
- In het algemeen: goed overleg tussen de gemeente en de huisartsen en een heldere visie op elkaars werkzaamheden.

3. Blz. 26, hoofdstuk 4.2.5: *In het onderzoek van de Regionale Eerstelijns OndersteuningsStructuur (REOS zorg) wordt vermeld dat de continuïteit van de huisartsenzorg niet direct bedreigd wordt. Echter, in de huidige praktijk blijkt dat dit wel het geval is als er geen goede huisvestingsmogelijkheden voor huisartsen gevonden worden. Het is dus noodzakelijk om als gemeente aandacht te besteden aan de huisvestingsproblemen van huisartsen, met name omdat de komende jaren een aantal huisartsen hun praktijk zullen beëindigen om leeftijdsredenen. Omdat bij deze huisartsen de praktijk deel uitmaakt van de eigen woning en zij niet voornemens zijn hun huis te verlaten, zullen deze praktijkruimten dus ook daadwerkelijk verdwijnen. Hiermee moet dus rekening gehouden worden bij het realiseren van de woonservicezones en HOEDEN/GOEDEN, mede omdat jonge huisartsen over het algemeen in een HOED of GOED willen werken.*

Het opzetten van een HOED in het Kwadrant is niet doorgegaan. Wel wordt er gewerkt aan een HOED op het terrein van het Zeehospitium. .....Uit ervaring blijkt dat de realisatie van HOEDEN vertraging oploopt door externe factoren die van invloed zijn op planvorming op het gebied van ruimtelijke ontwikkeling. Hierdoor wordt ook de continuïteit van de huisartsenzorg bedreigd.

3. Blz. 27, hoofdstuk 4.3, conclusie/punt 5: *Aangezien de komende jaren een aantal huisartsen hun praktijk zullen beëindigen om leeftijdsredenen, is het van belang hiermee rekening te houden in het realiseren van de woonservicezones en HOEDEN/GOEDEN in de gemeente . Het realiseren van HOEDEN/GOEDEN wordt bekeken in relatie met de woonservicezones. Opgemerkt dient te worden dat externe factoren hierbij van negatieve invloed kunnen zijn op bijvoorbeeld de (voortgang van) de ruimtelijke ontwikkeling binnen de gemeente.*

4. Blz. 37, bijlagen: in de lijst met genodigden voor de werkconferentie is Dr. Schonenberg toegevoegd.
6. Zie aanpassingen bij 3.2.3.

2. Ingekomen reactie: Stichting Senioren Advies Raad Katwijk (SARK)

2.1 Samenvatting reactie

Stichting SARK geeft aan dat op bladzijde 20, hoofdstuk 3.5.3 van de concept nota staat dat de gemeente voornemens is een klussendienst te realiseren. Stichting SARK zou het moment van realisatie concreter aangegeven willen zien.

2.2 Aanpassing in de nota

Blz. 21, hoofdstuk 3.5.3: Ook bleek dat een klussendienst ontbreekt en dat het huidige aantal uren van de ouderenadviseur niet voldoende was om aan de vraag te voldoen. Voor het moderniseren van de welzijnsdiensten, de opzet van een klussendienst en de uitbreiding van het aantal uren van de ouderenadviseur zijn middelen beschikbaar gesteld. *Inmiddels is de klussendienst ingevoerd door Stichting Welzijn Ouderen KRV onder de naam "Werk in Uitvoering".*

3. Ingekomen reactie: Platform Kocon

3.1 Samenvatting reactie

1. Platform Kocon geeft aan dat op bladzijde 31, 1e lijst, 1e aandachtsstreepje in de concept nota staat dat er (vanuit Platform Kocon) gastlessen mogelijk zijn in het basisonderwijs. Deze worden echter niet uitgevoerd door/vanuit Platform Kocon, maar vanuit de GGD HM.

2. Platform Kocon geeft aan dat op bladzijde 32, actiepunt 6 van de concept nota staat dat "de gemeente beleidsmaatregelen heeft getroffen met sportverenigingen om een alcoholmatigingsbeleid te hanteren", maar dat zij aannemen dat dit een voornemen is, omdat zij er niet van op de hoogte zijn welke beleidsmaatregelen er (al) genomen zijn.

3. Het valt Platform Kocon op dat het onderwerp "armoede" ontbreekt, terwijl "Kiezen voor gezond leven" (VWS) alleen kan als je voldoende middelen hebt hiervoor. Armoede heeft invloed op (de mogelijkheden voor) een gezonde leefstijl en het (kunnen) maken van gezonde keuzes.

3.2. Aanpassing in de nota

1. Blz. 34, hoofdstuk 6.4.3: Wat betreft het preventieaanbod van genotmiddelengebruik zijn in de regio ZHN vooral Brijder Verslavingszorg en de GGD verantwoordelijk. De GGD voert projecten uit in het voortgezet en primair onderwijs gericht op genotmiddelenpreventie. *Zo zijn er bijvoorbeeld gastlessen mogelijk.*
Op Blz. 34, 1e lijst, 1e aandachtsstreepje is weggehaald: *Er zijn gastlessen mogelijk in het basisonderwijs.*

2. Deze beleidsmaatregelen zijn inderdaad nog niet genomen. Het is een actiepunt, wat betekent dat de gemeente dit wil bereiken in de komende vier jaar. Daarom geen aanpassingen in de nota aangebracht.

3. Een stukje over armoede is opgenomen op Blz. 23, hoofdstuk 3.5.9: *Het aspect "armoede" kan van invloed zijn op de gezondheid van burgers. "Kiezen voor gezond leven" (VWS) kan ten slotte alleen als je voldoende middelen hebt hiervoor. Armoede kan bijvoorbeeld invloed hebben op (de mogelijkheden voor) een gezonde leefstijl en het (kunnen) maken van gezonde keuzes. Hiertoe heeft de gemeente Katwijk een ruimhartig minimabeleid ontwikkeld. Zo zijn er maatregelen genomen voor inkomensondersteuning en ondersteund de gemeente zaken als de Voedselbank en het Project Broodnodig.*

LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID
GEMEENTE KATWIJK
2009-2012

Colofon

Auteur:	Nynke de Jonge, GGD Hollands Midden Irma Paijmans, GGD Hollands Midden (bijlagen 2, 3 en 5)
Opdrachtgever:	Gemeente Katwijk
Publicatienummer:	08001
Uitgiftemaand:	Juli 2009
Uitgever:	GGD Hollands Midden
Bestellen:	GGD HM, Documentatiecentrum, Postbus 121, 2300 AC Leiden

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 3

Samenvatting 5

1 Inleiding 7
1.1 Wijze totstandkoming nota 7
1.2 Leeswijzer 7
2 Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid 9
2.1 Inleiding 9
2.2 Invloed op gezondheid 9
2.3 De rol van de gemeente 10
2.4 Integraal gezondheidsbeleid 11

3 Actuele beleidsontwikkelingen 13
3.1 Inleiding 13
3.2 Wettelijk kader 13
3.2.1 Grondwet 13
3.2.2 Gemeentewet 13
3.2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning 13
3.2.4 Wet collectieve preventie volksgezondheid en Wet Publieke Gezondheid 13
3.3 Landelijke ontwikkelingen 14
3.3.1 Rijkspreventienota 14
3.3.2 Veranderingen op het gebied van zorg en welzijn 15
3.3.3 Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 17
3.3.4 De laatste ontwikkelingen op het gebied van jeugd 17
3.4 Regionale ontwikkelingen 19
3.4.1 Regionale Commissie Gezondheidszorg 19
3.4.2 Maatschappelijke opvang, verslavingszorg en OGGZ 19
3.4.3 Jeugdbeleid 20
3.5 Lokale ontwikkelingen 21
3.5.1 Jeugdbeleid 21
3.5.2 Sportbeleid en bewegingsstimulering 21
3.5.3 Ouderen- en gehandicaptenbeleid 22
3.5.4 Mantelzorg 22
3.5.5 Vreemdelingenbeleid 23
3.5.6 Milieu 23
3.5.7 Ruimtelijke ordening 23
3.5.8 WMO 23
3.5.9 Armoede 24

4 Terugblik en stand van zaken 25
4.1 Inleiding 25
4.2 Stand van zaken beleidsprioriteiten lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007 25
4.2.1 Onvoldoende huisvesting ouderen en gehandicapten 25
4.2.2 Opvoeding jeugdigen 25
4.2.3 Overmatig alcohol- en drugsgebruik jongeren 26
4.2.4 Onvoldoende voorlichting, afstemming en samenwerking instellingen 26
4.2.5 Bedreiging continuïteit huisartsenzorg 27
4.3 Conclusie 27

5 Belangrijkste feiten gezondheidssituatie Katwijk 29

6 Beleidsprioriteiten 31
6.1 Inleiding 31
6.2 Toelichting op de keuze 31
6.3 Opvoeding Jeugd 32
6.3.1 Probleemomschrijving 32
6.3.2 De lokale situatie 32

6.3.3 Wat gebeurt er al? 32
6.3.4 Wat willen we bereiken? 33
6.3.5 Op wie richten we ons? 33
6.4 Genotmiddelengebruik 34
6.4.1 Probleemomschrijving 34
6.4.2 De lokale situatie: 34
6.4.3 Wat gebeurt er al? 35
6.4.4 Wat willen we bereiken? 36
6.4.5 Op wie richten we ons? 36
6.5 Overgewicht en Diabetes 37
6.5.1 Probleemomschrijving 37
6.5.2 De lokale situatie 38
6.5.3 Wat gebeurt er al? 38
6.5.4 Wat willen we bereiken? 39
6.5.5 Op wie richten we ons? 39
6.6 Geestelijke Gezondheid 40
6.6.1 Probleemomschrijving 40
6.6.2 De lokale situatie: 41
6.6.3 Wat gebeurt er al? 41
6.6.4 Wat willen we bereiken? 42
6.6.5 Op wie richten we ons? 42

7 Uitvoering van de nota 43
7.1 Uitvoering 43
7.2 Communicatie 43
7.3 Evaluatie 43
7.4 Financiën 44
7.5 Activiteitenplan 45

8 Bijlagen 55

Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen 55
Bijlage 2 Gezondheidssituatie van de gemeente Katwijk 58
Bijlage 3 De gegevens per dorp uitgesplitst 72
Bijlage 4 Verslag Focusgroep Lokaal Gezondheidsbeleid 76
Bijlage 5 Overzicht gezondheidspeilingen 1998-2005 80
Bijlage 6 Verslag werkconferentie Lokaal Gezondheidsbeleid 4 september 2007 81
Bijlage 7 De WMO- prestatievelden 92
Bijlage 8 Overzicht taken GGD HM 93
Bijlage 9 De Wet Publieke Gezondheid 95
Bijlage 10 Gebruikte afkortingen 119
Bijlage 11 Literatuur 121

Samenvatting

In deze nota presenteert de gemeente Katwijk haar beleidsprioriteiten voor het lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2009-2012. Doel van het lokaal gezondheidsbeleid is het op peil houden of verbeteren van de gezondheidssituatie van de inwoners. Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag en daarmee ook voor hoe gezond men leeft. De gemeente kan echter wel stimuleren dat mensen een gezonde keuze maken.

In deze nota worden de belangrijkste landelijke beleidsontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbeleid beschreven. Het betreft vooral de preventienota *'Kiezen voor gezond leven'* van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport waarin de vijf landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid centraal staan: roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes. Daarnaast zijn onder meer de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning, de volksgezondheid toekomstverkenning en de laatste ontwikkelingen m.b.t. het jeugdbeleid van belang.

Van de inwoners van Katwijk ervaart 90% van de volwassenen de eigen gezondheid als positief. Minder ouderen, vergeleken met de regio, ervaren hun gezondheid positief. Voor de toekomst wordt er landelijk een stijging verwacht van het aantal diabetespatiënten met minimaal 33% tot in 2025 en ook het aantal mensen met overgewicht zal gaan stijgen. Voor een aantal risicofactoren voor ongezondheid liggen de cijfers voor Katwijk hoger dan landelijk of regionaal. Hoewel het alcoholgebruik onder 12 tot 14-jarigen in Katwijk, net als elders in Nederland is gedaald, komt er in andere leeftijdscategorieën nog altijd veel overmatig alcoholgebruik voor. Jongeren van 15-17 jaar drinken vaker alcohol en het percentage excessief drinkende volwassenen is gestegen. In Katwijk roken meer jongeren en volwassenen vergeleken met de regio en Nederland. Verder is er een stijgende trend zichtbaar van het aantal mensen met overgewicht. Jongeren en volwassen bewegen te weinig. Van de jongeren van 12-26 jarigen eet 83% niet dagelijks groente en fruit. Dit percentage is gestegen ten opzichte van de jaren ervoor. Ruim een derde van de zelfstandig wonende ouderen in Katwijk is matig eenzaam en 3,5% ernstig. Ernstige angst- of depressieve klachten komen in Katwijk vaker voor dan in ZHN.

De gemeente heeft gekozen voor vier beleidsprioriteiten op basis van de gezondheidsgegevens van de gemeente Katwijk, de ervaren knelpunten door de eerstelijns intermediairs en de vijf speerpunten van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De beleidsprioriteiten zijn: opvoeding jeugd, genotmiddelengebruik, overgewicht & diabetes en geestelijke gezondheid.

Er is reeds voor het lokale jeugdbeleid veel in gang gezet en dit dient zich nog verder uit te kristalliseren. Ouders en verzorgers hebben steeds meer behoefte aan professionele hulp bij hun vragen over opvoeding en opgroeien. Het is noodzakelijk om meer samenhang te creëren tussen het jeugdbeleid, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg

Schadelijk alcoholgebruik kan verschillende (gezondheids)problemen veroorzaken. Zo is er kans op ziekten, alcoholafhankelijkheid, psychische en sociale problemen, overlast en letsel door ongevallen. De jeugd en hun ouders vormen een belangrijke doelgroep bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik. Jaarlijks sterven er ruim 20.000 Nederlanders aan aandoeningen die aan roken zijn gerelateerd. Roken is bijzonder verslavend en de verslaving ontstaat vrij snel na het eerste gebruik. In vergelijking tot andere leefstijlfactoren is voor roken de bijdrage aan de totale ziektelast hoog. Opvallend genoeg is roken nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Wanneer men op tijd stopt met roken valt er veel gezondheidswinst te behalen en leeft men langer.

De inwoners van Katwijk bewegen niet genoeg. Voldoende bewegen draagt bij aan vermindering van ziekte en sterfte. Intensieve activiteiten, zoals hardlopen of voetballen, verbeteren bovendien de conditie van hart en longen en voldoende bewegen kan het beloop van ziekte gunstig beïnvloeden. Inwoners kunnen bewegen veel meer integreren in het dagelijkse leven. Het is belangrijk dat meer volwassenen en kinderen gaan voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.
Bijna iedereen kent wel het belang van gezonde voeding. Echter eten veel mensen te veel en verkeerd. Een ongezond voedingspatroon heeft grote gevolgen voor de gezondheid. Gezond eten levert een belangrijke bijdrage aan een gezond leven. Het levert de voedingsstoffen die nodig zijn om

het lichaam gezond te houden. Ongezond eten is onder meer een belangrijke risicofactor voor doodsoorzaak nummer één in Nederland: hart- en vaatziekten.
Een disbalans tussen voeding en bewegen is de belangrijkste oorzaak voor overgewicht. Er moet meer bewustwording ontstaan over het probleem overgewicht en het belang van bewegen en gezonde voeding. Preventie van overgewicht hangt samen met de preventie van diabetes. Mensen met overgewicht hebben namelijk een verhoogde kans op diabetes.

Voor eenzame ouderen is de drempel hoog om gebruik te maken van bestaand aanbod. Eenzame ouderen hebben over het algemeen een klein sociaal netwerk waar op ze terug kunnen vallen voor hulp als ze dat nodig hebben.
De mogelijke gevolgen van depressie zoals verzuim, eenzaamheid, gedragsproblemen, overlast zijn een groot probleem. Met de vergrijzing en de ontwikkeling dat ouderen steeds langer zelfstandig blijven wonen, neemt ook de omvang van eenzaamheid bij ouderen toe.
Ouderen die eenzaam zijn, moeten meer gaan deelnemen aan de samenleving. Daarnaast dienen professionals en organisaties in de wijk eenzaamheid en depressie beter te signaleren. De taboesfeer rondom depressie moet worden doorbroken.

De gemeente wil de aankomende vier jaar bovenstaande beleidsprioriteiten aanpakken. Mede door een integraal gezondheidsbeleid te hanteren kan dit bewerkstelligd worden. Op de lange termijn is er met lokaal gezondheidsbeleid veel gezondheidswinst per individu maar vooral voor de gemeente als geheel te behalen.

1 Inleiding

Zorg dragen voor de volksgezondheid is, samen met het rijk, een taak voor de gemeente. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) regelde daartoe sinds 1989 de relatie tussen het Rijk en de gemeenten ten aanzien van de openbare gezondheidszorg. Deze wet is per 1 december 2008 ondergebracht in de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Omdat de WCPV in zijn geheel is overgenomen, houdt voor wat betreft de taak van de gemeente het lokale gezondheidsbeleid hetzelfde in. Bovengenoemde wet (art. 13 WPG) verlangt dat iedere gemeente iedere vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt. De eerste nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Katwijk besloeg de periode 2003-2007. In het jaar 2008 is het beleid van 2003-2007 voortgezet.
De tweede nota had de periode van 2008-2012 moeten beslaan. Het College van B&W betreurt het dat het door personele wisselingen in de ambtelijke organisatie onmogelijk bleek de voorliggende nota voor 2009 af te ronden. Omdat het onwenselijk is om in 2009 een nota vast te stellen met beleidsuitgangspunten voor het jaar 2008, is in overleg met de GGD is besloten de huidige nota vanaf 2009 van kracht te laten zijn. De gemeente heeft overigens ook in het jaar 2008 het beleid van 2003-2007 verder uitgevoerd. Sommige knelpunten die in de voorgaande jaren zijn aangepakt, zijn nog steeds actueel en verdienen daarom ook nog steeds aandacht. Verder wordt in deze nota uiteengezet wat de gemeente verstaat onder gezondheid en hoe zij haar rol ziet op dit terrein. Vanuit deze visie, de landelijke en lokale kaders die het gezondheidsbeleid beïnvloeden en de actuele gezondheidssituatie van de inwoners, worden de actuele gezondheidsproblemen benoemd. Deze gezondheidsproblemen worden nader omschreven en hieraan zijn actiepunten gekoppeld voor de aankomende vier jaren.

1.1 Wijze totstandkoming nota

De Gemeentelijke Gezondheidsdienst Hollands Midden (GGD HM) heeft de gemeente ondersteund bij de totstandkoming van deze nota. De GGD HM heeft op 28 juni 2007 een focusgroep[1] georganiseerd met ambtenaren die betrokken waren bij de uitvoering van de vorige nota. Tijdens deze focusgroep is de nota 2003-2007 geëvalueerd en zijn de belangrijkste onderwerpen voor deze nieuwe nota geformuleerd. Op basis van de focusgroepbijeenkomst en de gezondheidssituatie van de inwoners heeft de GGD HM een overzicht gemaakt van de belangrijkste gezondheidsproblemen en knelpunten op het gebied van de volksgezondheid. Dit overzicht is schriftelijk aangeboden aan de partijen in het veld met de vraag welke onderwerpen zij het belangrijkste vinden. De top drie van deze onderwerpen is door verschillende intermediairs nader uitgewerkt tijdens de werkconferentie op 4 september 2007[2]. Tijdens de bijeenkomst stond het bedenken van oplossingen centraal. De verkregen informatie van de werkconferentie is gebruikt voor de ontwikkeling van deze nota. Samen met de GGD heeft de gemeente de definitieve beleidsprioriteiten bepaald welke in deze gezondheidsnota zijn uitgewerkt.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt onze visie op volksgezondheid uitéengezet. In hoofdstuk 3 worden de kaders aangegeven: de belangrijkste landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen die van invloed zijn op het gezondheidsbeleid. In hoofdstuk 4 wordt teruggeblikt op de beleidsdoelstellingen uit de vorige nota. Er wordt gekeken in hoeverre de genoemde actiepunten zijn opgepakt. Hierna worden in hoofdstuk 5 de belangrijkste feiten van de gezondheidssituatie van de gemeente beschreven. Op basis van analyse van de gegevens worden de beleidsprioriteiten in hoofdstuk 6 beschreven.

[1] Zie bijlage voor het verslag van de focusgroep 28 juni 2007
[2] Zie bijlage voor het verslag van de werkconferentie lokaal gezondheidsbeleid 4 september 2007

Bij elk probleem zijn er doelen gesteld, actiepunten geformuleerd en mogelijke oplossingen beschreven. Hoofdstuk 7 geeft de uitvoering van de nota weer. Alle overige informatie met betrekking tot de nota is opgenomen in verschillende bijlagen.

2 Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid

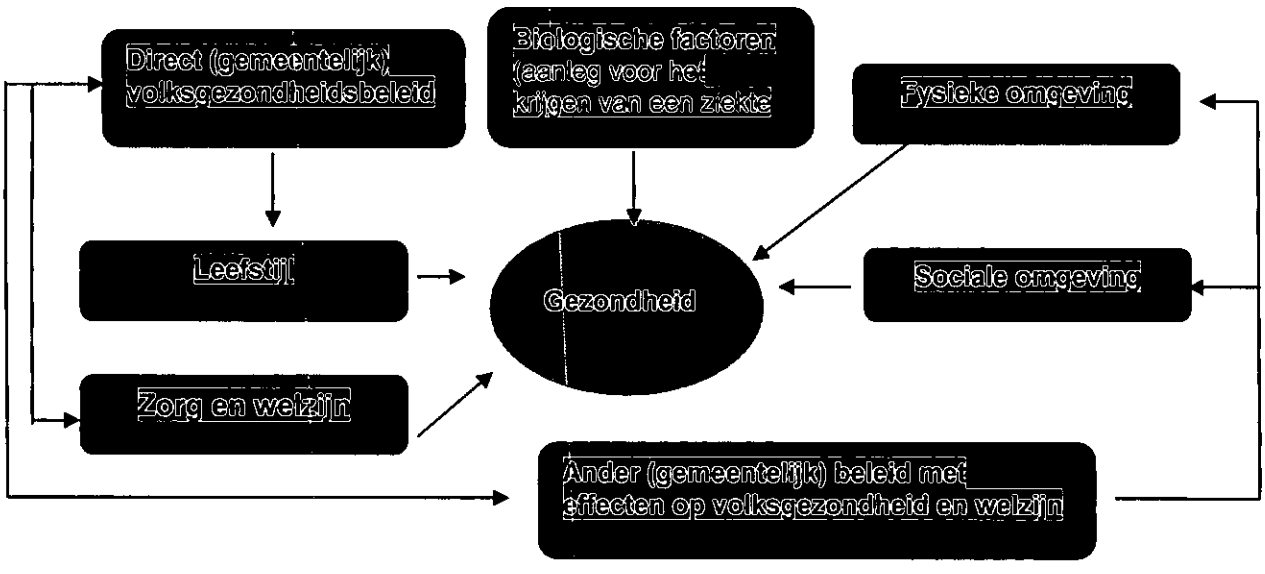
2.1 Inleiding

Gezondheidswinst is bereikbaar door in te grijpen op de zaken die van invloed zijn op gezondheid en ziekte. Globaal gaat het om preventie én zorg. Daarom is gezondheidsbeleid meer dan gezondheids*zorg*beleid. Dit hoofdstuk staat stil bij de manier waarop gemeentelijk beleid invloed heeft op de gezondheid door het bevorderen van een gezonde leefomgeving, gezond gedrag en een goed zorgaanbod.

2.2 Invloed op gezondheid

Gezondheid in brede zin betekent volgens de World Health Organisation (WHO), de Wereldgezondheidsorganisatie, een toestand van lichamelijk, sociaal en psychisch welbevinden. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte of gebreken, maar is vooral een positief begrip: gezondheid is een voorwaarde voor maatschappelijk functioneren. De gemeente gaat, net als in de vorige nota, uit van het model van Lalonde. In dit model staan vier factoren van gezondheid centraal: biologische factoren, leefstijl, zorg (voorzieningen) en de omgeving (fysieke en sociale). Onderstaand model geeft de relatie tussen beleidsvoornemens en gezondheid weer.

Afbeelding 1. Model van Lalonde: de relatie tussen (gemeentelijke) beleidsvoornemens en gezondheid



De gemeente kan geen invloed uitoefenen op de biologische factoren, dit is een vast gegeven. Wel heeft de gemeente invloed op leefstijl, leefomgeving en zorgvoorzieningen. Volksgezondheidsbeleid moet gericht zijn op de verandering van ongezonde leefgewoonten.
Overmatig drankgebruik en onvoldoende bewegen bijvoorbeeld vergroten de kans op ziekte. De gemeente kan hierbij gezonde keuzes stimuleren. Een voorbeeld is te overleggen met sportkantines over het schenken van alcohol of door het zorgen voor voldoende sportfaciliteiten. De fysieke en sociale leefomgeving heeft invloed op gezondheid en welzijn. De gemeente kan daaraan bijdragen door te investeren in sport- en welzijnsvoorzieningen, wonen, werken of versterking van de sociale samenhang.

De aanwezigheid en het functioneren van voorzieningen zoals de eerstelijnszorg, vraagsturing, toegankelijkheid, ketenzorg, personeelsbeleid en financiering hiervan zijn ook factoren die invloed hebben op de gezondheidssituatie van mensen.

Het doel van het gemeentelijke gezondheidsbeleid is:

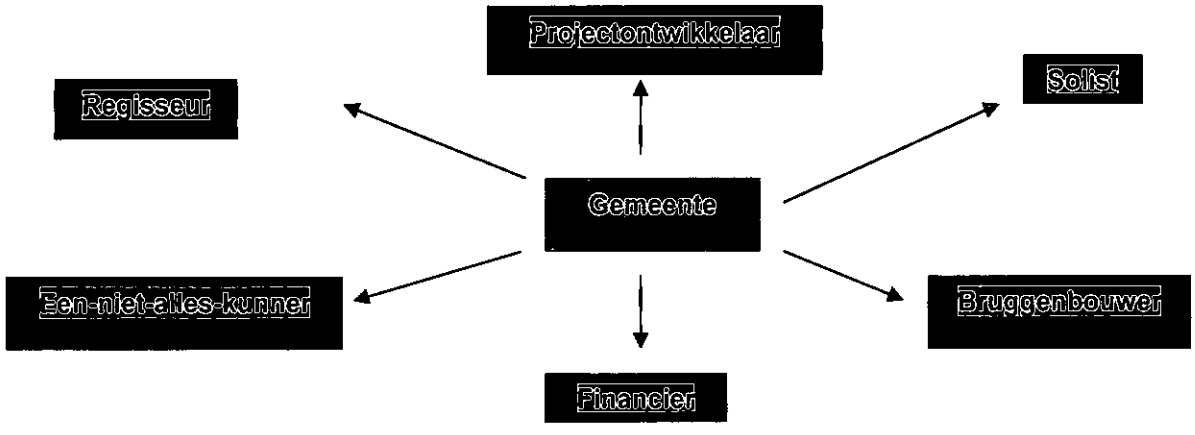
Het op peil houden of verbeteren van de gezondheidssituatie van de inwoners.

Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag en daarmee ook voor hoe gezond men leeft. De gemeente kan door het bevorderen van een gezonde leefstijl en het positief beïnvloeden van de sociale en fysieke omgeving echter wel stimuleren dat mensen een gezonde keuze maken.

2.3 De rol van de gemeente

De gemeente kan bij gezondheidsbeleid verschillende rollen op zich nemen. De keuze hangt af van de situatie en van de voorkeur, capaciteiten en eigenschappen van betrokkenen. Wij zien voor deze nieuwe nota met name de taken van bruggenbouwer en regisseur voor ons weggelegd. Als partijen een probleem willen aanpakken maar elkaar niet kunnen vinden, kan de gemeente als *bruggenbouwer* verbindingen leggen. Een vast aanspreekpunt bijvoorbeeld en de vorming van netwerken maakt het leggen van contact makkelijker. In de rol van *regisseur* heeft de gemeente een beeld waar ze naar toe wil. De weg naar dat eindplaatje toe is meer in handen van anderen. Het is ook de rol van *een- niet-alles-kunner* die stimuleert, aanjaagt, coördineert, keuzes voorhoudt en waar nodig ook keuzes maakt. Gemeenten als *projectontwikkelaars* zetten ideeën om in projecten. Daarnaast zijn er ook situaties waarin de gemeente een plan geheel zelf uitwerkt, in deze gevallen heeft de gemeente de rol van *solist*. De rol van *geldmotor* betekent dat de gemeente geld beschikbaar stelt voor projecten waarbij anderen zorgen voor de opzet en uitvoering ervan.
De versnippering van kennis en middelen over tal van groepen en organisaties die zich bezighouden met de zorg voor gezondheid, vormt in deze tijd de grootste uitdaging voor gemeenten. Het gaat er niet om verantwoordelijkheden of taken over te nemen. Gemeenten kunnen dankzij hun positie als hoeder van het publieke belang, de versnipperde energie, kennis en middelen bij elkaar brengen. Vooral de coördinerende rol van het gemeentebestuur zal gezien de toekomstige ontwikkelingen steeds verder moeten worden ingevuld.

Afbeelding 2: de verschillende rollen die de gemeente bij gezondheidsbeleid op zich kan nemen.



Toelichting op de taak van de gemeente als "regisseur":

Allereerst een definitie van bestuurlijke oftewel gemeentelijke regie: "een bijzondere vorm van sturing, waarbij de gemeente externe partijen beweegt om in onderlinge afstemming of samenwerking de doelstellingen van het lokale gezondheidsbeleid te realiseren (externe regie) en waarbij de gemeente intern aanstuurt op een bijdrage aan deze doelstellingen vanuit verschillende gemeentelijke beleidsvelden (interne regie).

Om gemeentelijke regie te kunnen voeren moet de eigen beleidsruimte bekend zijn. Welke kaders (wettelijk, beleid, financieel) zijn er, en welke mogelijkheden bieden die?
(Uit: Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg, handreiking gemeenten, SGBO).

Gemeenten hebben een wettelijke taak om de afstemming tussen preventie en curatie te bevorderen. Artikel 2 van de Wet Publieke Gezondheidszorg (WPG) luidt:
"Het college van burgemeesters en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen."
Preventie is zowel een taak van de openbare gezondheidszorg als van de eerstelijnszorg. Gemeenten en GGD zijn verantwoordelijk voor de collectieve preventie (universele en selectieve preventie), de eerstelijnszorg is verantwoordelijk voor de individuele preventie (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie).

- *Universele preventie* is gericht op de gehele bevolking of een deel ervan dat niet wordt gekenmerkt door het bestaan van een verhoogd risico op ziekte. Er is niet geselecteerd op individuele risicofactoren. Het doel van deze preventie is de kans op het ontstaan van ziekten of risicofactoren te verminderen.
- *Selectieve preventie* is (ongevraagd) gericht op groepen in de bevolking met een (hoog) gezondheidsrisico. Doel ervan is om de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke, lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.
- *Geïndiceerde preventie* richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Doel ervan is het individu te ondersteunen bij zijn of haar zelfredzaamheid, de ziektelast te reduceren en "erger" te voorkomen.

2.4 Integraal gezondheidsbeleid

Gezondheid is een facet van allerlei andere beleidsterreinen. Veel gezondheidsproblemen horen niet alleen bij volksgezondheid. Fijnstofproblemen horen onder andere bij Verkeer en Waterstaat, werkgerelateerde gezondheidsproblemen horen bij Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Wie is er dan verantwoordelijk voor? Dat is niet zo eenvoudig. Integraal beleid is dan ook belangrijk. Integraal gezondheidsbeleid is erop gericht verschillende factoren die van invloed zijn op gezondheid in samenhang aan te pakken. Hiermee kan de gemeente gezond gedrag via een gezonde omgeving stimuleren door in te zetten op verschillende beleidsterreinen. Integraal gezondheidsbeleid heeft tot doel om op verschillende beleidsterreinen tegelijk gedrag positief te beïnvloeden. Niet alleen leefstijl is van invloed op de gezondheidstoestand van individuen. Ook de fysieke en sociale omgeving, de preventie en de zorg, of externe ontwikkelingen spelen een rol. De gemeente kan door verschillende beleidsterreinen met elkaar te verbinden een aantal hardnekkige of complexe gezondheidsproblemen aanpakken. Een gezonde leefomgeving voorkomt niet alleen gezondheidsproblemen, maar bevordert ook het welbevinden.
In de kaderbrief 2007-2011 'Visie op gezondheid en preventie' en in de notitie 'Gezond zijn, Gezond blijven, een visie op gezondheid en preventie' (VWS, september 2007) geeft ook het ministerie van VWS het belang aan van integraal gezondheidsbeleid.
Op lokaal gebied speelt de gemeente een grote rol. Hierbij zijn GGD-en verantwoordelijk voor een groot aantal gezondheidstaken. Bij planvorming op het gebied van infrastructuur, ruimtelijke ordening en milieu is het belangrijk om vanaf het begin rekening te houden met gezondheidseffecten. Gezondheidsbeleid beweegt zich op het snijvlak van verschillende beleidsterreinen zoals ruimtelijke ordening, beheer openbare ruimte, veiligheid, economie, onderwijs, media, financiën, sport en sociale zaken, welzijn, verkeer, wonen en zorg. In het verleden is veel gezondheidswinst behaald door betere huisvesting, scholing, arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid en verkeersveiligheid. Ook nu nog liggen veel mogelijkheden voor gezondheidswinst buiten het bereik van de volksgezondheidssector. Samenwerking tussen verschillende sectoren ontstaat niet vanzelf. Er bestaan verschillende methoden om integraal gezondheidsbeleid vorm te geven: de GezondheidsEffectScreening Stad en Milieu, de Gezondheidsscreening Regionaal Duurzaam Bouwen Plus Pakket, de GGD-richtlijn Luchtkwaliteit, de RIVM-handleiding Bewegingsbevorderende Wijk en de GGD- richtlijn voor gezonde woningbouw met betrekking tot de zorgwoning, stiltewoning, frisse woning en allergeenarme woning.

Kenmerken en voorwaarden voor integraal gezondheidsbeleid zijn:
- Samenwerking tussen sector volksgezondheid en één of meerdere andere sectoren;
- Concentratie op beïnvloeding van meerdere factoren van gezondheid in onderlinge samenhang (het model van Lalonde is richtinggevend);
- Voorkómen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van gezondheid;
- Betrokkenheid van de overheid;
- Betrokkenheid van andere instanties: gezondheidsdeskundigen, belangengroepen, bedrijven en instellingen;
- Bevorderen van medisch milieukundige zorg (artikel 2 WPG);
- Advies inwinnen bij de GGD door het college van burgemeesters en wethouders bij bestuurlijke beslissingen die gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid (artikel 16 WPG);
- Samenwerking tussen het college van burgemeesters en wethouders en de GGD aan een werkwijze hoe bestuurlijke beslissingen, die gevolgen hebben voor de collectieve preventie, voor advies worden voorgelegd aan de GGD overeenkomend met artikel 16 WPG.

3 Actuele beleidsontwikkelingen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen omschreven die invloed hebben op het gezondheidsbeleid. Allereerst wordt het wettelijk kader geschetst. Vervolgens worden de meest aanzienlijke landelijke ontwikkelingen beschreven: de Rijkspreventienota, de veranderingen op het gebied van zorg, welzijn en dienstverlening, de positie van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu en de laatste ontwikkelingen op het gebied van de jeugd. Regionale ontwikkelingen die aan de orde zijn: de regionale commissie gezondheidszorg Zuid-Holland Noord, de maatschappelijke opvang en verslavingszorg en jeugdbeleid. De lokale ontwikkelingen die worden omschreven liggen op het gebied van jeugd, sport en bewegingsstimulering, ouderen, gehandicapten, mantelzorg, vreemdelingen, milieu, ruimtelijke ordening en de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).

3.2 Wettelijk kader

Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van burgers: de Grondwet, de Gemeentewet, de WMO (voorheen de Welzijnswet) en de WPG.

3.2.1 Grondwet

In artikel 22 van de Grondwet staat beschreven dat de overheid maatregelen moet treffen ter bevordering van de gezondheid.

3.2.2 Gemeentewet

Artikel 149 van de gemeentewet geeft de gemeenteraad de bevoegdheid om verordeningen te maken in het belang van de gemeente. In de huidige gemeentewet is de opsomming van onderwerpen (openbare orde, zedelijkheid en gezondheid) komen te vervallen, omdat het slechts om voorbeelden ging. Voorheen werd gezondheid dus wel expliciet genoemd.

3.2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning

De Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en de huishoudelijke verzorging uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) opgegaan. In paragraaf 3.3.2 'Veranderingen op het gebied van zorg, welzijn en dienstverlening' wordt nader ingegaan op de WMO.

3.2.4 Wet collectieve preventie volksgezondheid en Wet Publieke Gezondheid

Met de invoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) in 1998 werd de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie expliciet aan de gemeenten opgedragen. Ook de opvolger van deze wet, de WPG, verplicht gemeenten elke vier jaar in een nota lokaal gezondheidsbeleid hun ambities te formuleren. De gemeente dient het gezondheidsbeleid af te stemmen met het gemeentelijk beleid op andere terreinen (facetbeleid en een integrale aanpak). De volledige tekst van de WPG is opgenomen in de bijlage.

De gemeenteraad moet in het kader van de WPG ten minste aangeven hoe hij uitvoering geeft aan de volgende taken en verplichtingen:

- bevordering van de totstandkoming en de continuïteit van de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg;
- verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;

- bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding;
- bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- bevorderen van technische hygiënezorg;
- bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg;
- uitvoering van de infectieziektebestrijding;
- uitvoering van de jeugdgezondheidszorg;
- vragen van advies bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Voor de uitvoering van deze taken en verplichtingen zijn gemeenten verplicht een gemeentelijke gezondheidsdienst in stand te houden. De Gemeente Katwijk doet dit via de GGD Hollands Midden. De gemeenten geven via het Algemeen en Dagelijks Bestuur en via het Ambtelijk Overleg Gemeenten en GGD sturing aan hoe de GGD uitvoering geeft aan haar taken. Een globaal overzicht van de basistaken van GGD is in de bijlage opgenomen.
De WCPV is samen met de Infectieziektenwet en de Quarantainewet, per 1 december 2008 vervangen door de Wet publieke gezondheid (WPG). In het wetsvoorstel worden internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding verankerd. De nieuwe wet maakt het mogelijk om sneller in te grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld Sars of vogelgriep. De WPG regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden om bij landelijke infectieziektecrises de regie te voeren. Het verplicht gebruik van het elektronisch kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg wordt met de WPG geregeld (N.B. Dit deel van de wet is nog niet van kracht).

3.3 Landelijke ontwikkelingen

3.3.1 Rijkspreventienota

Het kabinet heeft in oktober 2006 in de preventienota *'Kiezen voor gezond leven'* vijf landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid benoemd. De leefstijlfactoren **roken, overgewicht en schadelijk alcoholgebruik** zijn tot speerpunt benoemd, evenals de ziekten **depressie en diabetes** vanwege hun grote bijdrage aan onze belangrijkste gezondheidsproblemen. De preventienota onderscheidt naast de vijf speerpunten ook twee hoofdlijnen voor preventie: **de verbinding landelijk-lokaal en de verbinding preventie-curatie.** De preventienota gaat met name in op een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid; de lijn preventie-curatie wordt de komende jaren verder uitgewerkt.
De inspectie van de Volksgezondheid gaat toetsen, of bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid, de landelijke prioriteiten voldoende worden gevolgd en of de uitvoering van het beleid effectief is. De gemeente is op basis van de WPG verplicht, alvorens bestuurlijke beslissingen te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie, advies in te winnen bij de GGD.

De vijf ambities uit de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006)

Roken:
In 2010 zijn er nog maar 20 procent rokers (nu: 28 procent)

Schadelijk alcoholgebruik:
Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992; 61,3%.
Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.

Overgewicht:
Het percentage volwassen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005);
Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).

Diabetes:
Het aantal mensen met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen;
Daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.

Depressie:
Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressie (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

3.3.2 Veranderingen op het gebied van zorg en welzijn

De belangrijkste verandering op het gebied van zorg en welzijn zijn: een nieuwe zorgverzekeringswet, modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en met name de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Zorgverzekering
Vanaf 1 januari 2006 zijn het ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekering en de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren vervangen door de nieuwe Zorgverzekeringswet. De dekking van deze nieuwe zorgverzekering komt grotendeels overeen met het oude ziekenfondspakket. Daarnaast kan men zich aanvullend verzekeren voor de behandelingen die buiten de zorgverzekering vallen. Alle inwoners van Nederland zijn verplicht zich te verzekeren door bij een zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Verzekeraars zijn op hun beurt verplicht om iedereen die zich voor de verzekering aanmeldt, te accepteren. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie. Uit recent onderzoek van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) begin 2007 blijkt dat er circa 241.000 onverzekerden zijn. Wie niet verzekerd is, moet een boete betalen (maximaal 130 procent van de premie).

Modernisering AWBZ
Doordat de AWBZ meer voorzieningen omvat dan oorspronkelijk de bedoeling was én omdat er steeds meer mensen gebruik van gaan maken is het met de financiële houdbaarheid van de wet slecht gesteld. Het kabinet brengt de AWBZ terug tot de basis: alleen de langdurige en elders niet te verzekeren zorg (de langdurige zorg voor gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten) wordt uit de AWBZ vergoed. De AWBZ-functies die niet met langdurige zorg te maken hebben, krijgen een nieuwe plaats in aanpalende financieringssystemen: de Zorgverzekeringswet (dit geldt voor de 'curatieve' AWBZ-zorg) of de WMO (dit geldt voor de op ondersteuning gerichte zorg).

De invoering van de WMO
De rol van de gemeente wordt, op het gebied van gezondheid, met de komst van de WMO nog belangrijker. Het doel van de WMO is dat iedereen, jong en oud, gehandicapt en niet-gehandicapt, met en zonder problemen, maatschappelijk kan meedoen. En als dat niet kan, dient de gemeente ondersteuning te bieden. Het perspectief is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen. Vanaf 1 januari 2007 zijn de verantwoordelijkheden gedecentraliseerd van het Rijk naar de gemeenten en zijn samen met de reeds bestaande gemeentelijke verantwoordelijkheden bijeengebracht in één wettelijk kader. De WMO regelt dus hoofdzakelijk bestaande zaken, maar dan vanuit een nieuw wettelijk kader.

De Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten gaan hier in op. Nieuw zijn de onderdelen die vanuit de AWBZ naar de gemeente worden overgeheveld. Ook wordt de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) van de WPG overgeheveld naar de WMO, vanwege de relatie met maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid. Enige uitzondering binnen de OGGZ is het onderdeel 'het bieden van psychosociale hulp bij rampen'. Dit blijft in de WPG. Het begrip maatschappelijke ondersteuning is in de WMO verwoord in negen prestatievelden[3] waarop de gemeente beleid en voorzieningen moet regelen; op ieder prestatieveld verwacht het rijk van de gemeente bepaalde inspanning. Omdat een aantal prestatievelden sterk met elkaar verbonden zijn en de gemeente de samenhang en de integraliteit wil bevorderen, zijn een paar prestatievelden (namelijk 3, 5, 6 en 7, 8, 9) geclusterd.

De WMO is een kaderwet: de rijksoverheid stelt het speelveld, de regels en de randvoorwaarden vast, waarna gemeente zelf mag bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseert.
De wet stelt gemeenten in staat om (meer) samenhang en afstemming te brengen in het lokale of (regionale) woon-, welzijns- en zorgaanbod. Bovendien zullen met de komst van de WMO gemeenten er beter in slagen om de zorgvrager inzicht te bieden in 'het aanbod', en wordt het mogelijk om via één punt informatie, doorverwijzing of antwoorden te krijgen over uiteenlopende vormen van ondersteuning die er in de gemeente zijn (een loket).

Het belangrijkste oogmerk van de WMO is het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van burgers. De WMO kent verschillende prestatievelden waarop de gemeente beleid en voorzieningen moet regelen (in bijlage 7 is een overzicht opgenomen waarin de prestatievelden van de WMO zijn weergegeven). De meeste prestatievelden binnen de WMO hebben betrekking op de fysieke en sociale omgevingsfactoren (factoren als wonen, veiligheid, inkomen, onderwijs, welzijn en sociale contacten). Indirect heeft de WMO ook invloed op een aantal leefstijlfactoren, door bijvoorbeeld het bevorderen van verslavingsbeleid (prestatieveld 9) en door het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (prestatieveld 3). Het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen (prestatieveld 6) valt onder de factor zorg. Alle prestatievelden binnen de WMO zijn dus van invloed op de gezondheid in algemene zin.
De komst van de WMO roept dan ook vragen op over hoe deze wet zich verhoudt tot de WPG.

De WPG heeft ten doel de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen. De WPG-taken bevinden zich daarmee in het publieke domein en dienen het collectieve belang, er is sprake van een 'maatschappelijke hulpvraag'. De WMO heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij.

Het betreft veelal concrete en individuele hulpvragen van burgers. Binnen de prestatievelden van de WMO gaat het om preventie, zorg (care), welzijn en wonen. De WPG gaat met name over preventie en tot op zekere hoogte curatie (cure). De WPG en de WMO kunnen het best gezien worden als twee naast elkaar fungerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van kwaliteit van leven van burgers. Gezondheid is nodig om deel te nemen aan de maatschappij en omgekeerd draagt maatschappelijke ondersteuning bij aan de psychische, sociale en fysieke gezondheid. De relatie tussen de WPG en de WMO benadrukt bovendien het belang van preventie.

De belangrijkste verschillen tussen beide wetten zijn in onderstaande tabel samengevat.

Tabel: Verschillen tussen de WPG en de WMO

Aspect	WPG	WMO
Initiatief	Maatschappelijke hulpvraag	Naast maatschappelijke, ook individuele hulpvraag
	Collectief belang, publiek domein	Consumentenbelang, private partijen
Doel	Gezondheid van alle burgers bevorderen	Alle burgers maatschappelijk mee laten doen
Kernfunctie	Gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering, ziektepreventie	Bevorderen maatschappelijke participatie, ondersteunen kwetsbare burgers bij maatschappelijk functioneren
Branche	Preventie, cure	Preventie, care, welzijn, wonen
Sturing	Gematigd decentraal	Sterk decentraal

[3] Zie bijlage 7 voor de WMO-prestatievelden.

3.3.3 Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voorziet de overheid en zorgsector van de nodige informatie over volksgezondheid en zorg in Nederland. Het Centrum voor VTV van het RIVM publiceert de verzamelde informatie via websites[4] en rapporten. De belangrijkste ontwikkelingen worden elke vier jaar samengebracht in een VTV. In de recente uitgave van 2006 luiden de belangrijkste bevindingen als volgt:

- de levensverwachting van de Nederlander is weer iets hoger dan voorgaande jaren;
- de extra levensjaren zijn meestal gezonde jaren;
- de Nederlandse gezondheid scoort in vergelijking met Europa heel behoorlijk, maar behoort niet tot de top;
- vooral onder vrouwen stijgt de levensverwachting in Nederland minder snel dan in de meeste andere landen van de Europese Unie;
- het huidige grotendeels ongezonde gedrag is hardnekkig, vooral jongeren leven ongezond (zij drinken steeds meer en worden steeds zwaarder);

De sociaaleconomische en etnische gezondheidsachterstanden zijn hardnekkig en verweven met achterstanden op tal van andere terreinen. De uitdagingen waar preventie en zorg de komende tijd voor staan, zijn in de VTV als volgt geformuleerd:

- preventie van ongezond gedrag vergt een intensieve en integrale aanpak waarbij een combinatie van instrumenten wordt ingezet;
- integraal gezondheidsbeleid kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de gezondheid en het verminderen van (sociaaleconomische) gezondheidsachterstanden;
- gezondheidsbevordering zal beter geëvalueerd moeten worden en kennis beter gedeeld;
- veel kosteneffectieve preventiemaatregelen zijn nog niet systematisch ingevoerd;
- preventie en zorg moeten geen gescheiden circuits zijn;
- er kan geleerd worden van andere Europese landen waar ook steeds meer rationeel gezondheidsbeleid wordt ontwikkeld;
- naast een goede voorbereiding op het voorspelbare, is daarom ook alertheid op het 'onvoorspelbare' van wezenlijk belang, bijvoorbeeld door vroegtijdige signalering van plotselinge toenames van infectieziekten;
- door de vergrijzing, maar ook door de huidige leefstijl en het overgewicht, zal de ziektelast van chronische ziekten van de oude dag met soms 40% of meer toenemen. Hierdoor is er in de toekomst meer en andere zorg nodig, onder andere een verdere verschuiving van genezing (cure) naar verzorging (care);
- de gezondheidszorg moet de kwaliteit van de zorg transparanter maken voor overheid, partijen en burgers.

3.3.4 De laatste ontwikkelingen op het gebied van jeugd

Het kabinet heeft de afgelopen jaren enkele honderden miljoenen euro's extra besteed aan maatregelen die gezinnen ten goede komen.
Het gaat om uiteenlopende zaken als opvoedingsondersteuning, het opzetten van zorg -en adviesteams (ZAT) in het onderwijs en het invoeren van diverse financiële maatregelen, zoals het verhogen van de kinderkorting. Vanaf 2007 is jaarlijks €13 miljoen beschikbaar.

Wet op de Jeugdzorg

1 januari 2005 is de nieuwe Wet op de Jeugdzorg ingevoerd. Met de komst van deze wet moet de jeugdzorg effectiever en toegankelijker worden, meer cliëntgericht werken in de jeugdzorg; de werkelijke behoefte van de jongere en zijn opvoeder moet meer centraal staan.
Met deze wet hebben gemeenten vijf taken toebedeeld gekregen:

- informatie verstrekken aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien;
- signaleren van problemen door instellingen als jeugdgezondheidszorg en onderwijs;
- toegang tot het (gemeentelijk) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van de 'sociale kaart' voor ouders, kinderen, jeugdigen en verwijzers;
- pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening), zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren;
- coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (bijvoorbeeld gezinscoaching).

---

[4] Het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) biedt informatie over gezondheid en ziekte, gezondheidsdeterminanten, preventie, zorg, demografische en sociaaleconomische ontwikkelingen in onze maatschappij. De Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl) brengt de Nederlandse volksgezondheid en zorg letterlijk in kaart. De Atlas toont de geografische spreiding van allerlei aspecten omtrent gezondheid, factoren die de gezondheid beïnvloeden, zorg en preventie.

Centra voor Jeugd en Gezin
Het Rijk wil dat er vanaf 2011 in elke wijk of gemeente één Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) is. Hier moeten ouders, kinderen, jongeren en professionals snel, gemakkelijk en vanzelfsprekend terecht kunnen met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien. In principe is het CJG bedoeld voor iedereen met vragen en problemen over opvoeden en opgroeien.
In het CJG worden taken op het gebied van jeugd en opvoeden gebundeld. Het is een duidelijk loket waar men gemakkelijk terecht kan. Bijvoorbeeld in de nabijheid van school, buurt/wijk, eerstelijnsgezondheidszorg. Het CJG voert functies uit op het gebied van de algemene en preventieve gezondheidszorg en jeugdbeleid. Bijbehorende taken die in het CJG gebundeld worden, zijn:
- Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg
- Vijf gemeentelijke functies WMO:
  - informatie en advies;
  - signalering;
  - toeleiding naar hulp;
  - (licht) pedagogische hulp;
  - coördinatie van zorg.
- Informatievoorziening (i.c. onderhoud en beheer elektronisch kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg en eventueel de verwijsindex)
- Zo mogelijk basisverloskundige zorg.

De regie voor het CJG ligt bij gemeente: de wethouder Jeugdzorg is (als opdrachtgever) bestuurlijk verantwoordelijk voor het CJG en ZAT. Het CJG heeft de uitvoeringsregie voor vragen en hulp bij opgroeien en opvoeden en participeert in het ZAT. Provincies en grootstedelijke regio's zijn verantwoordelijk voor financiering van zowel bureau jeugdzorg als van het aanbod geïndiceerde jeugdzorg. De manier waarop het CJG en ZAT zich tot elkaar verhouden wordt in regionaal verband nader uitgewerkt. Gemeente en provincie moeten gezamenlijk zorgen voor goede afstemming en samenwerking tussen lokaal en provinciaal zorgaanbod. De rijksoverheid zorgt voor randvoorwaarden (wetgeving (WMO, WPG en Wet op de Jeugdzorg), bestaande geldstromen efficiënter inzetten).

Het is de bedoeling dat aan het eind van deze kabinetsperiode een landelijk dekkend netwerk van CJG's is gerealiseerd. Het CJG kent in elk geval een inloopfunctie: een fysieke plek waar alle ouders en kinderen terecht kunnen voor advies, informatie, instructie en cursussen op het gebied van opgroei- en opvoedondersteuning. Dit eventueel gekoppeld aan school, consultatiebureau of gezondheidcentrum, afhankelijk van de keuze van de gemeente. Het basismodel CJG brengt minimaal de JGZ en prestatieveld 2 'Opgroei- en opvoedondersteuning' van de WMO bij elkaar en kent een schakel met Bureau jeugdzorg en het Zorgadviesteam. Minister Rouvoet trekt 440 miljoen euro uit voor de realisatie van CJG' s. Inmiddels zijn er in de regio pilots gerealiseerd en in Katwijk zijn de ontwikkelingen om in 't Kwadrant tot een CJG te komen in gevorderd stadium.

Jeugdzorgbrigade
De jeugdzorgbrigade werd ingesteld door de staatssecretaris van VWS en de minister van Justitie om de bureaucratie in de jeugdzorg te bestrijden. Naast de jeugdzorgbrigade is ook Operatie Jong actief met verbeteringen in de jeugdzorg. Beide trajecten zijn complementair.

Er zijn de volgende afstemmingsafspraken zijn gemaakt:
- de jeugdzorgbrigade bestrijdt onnodige bureaucratie, o.a. als gevolg van de Wet op de Jeugdzorg;
- de jeugdzorgbrigade gaat na wat, gegeven de huidige structuren, aan vermindering van bureaucratie kan worden gedaan;
- operatie Jong had als interdepartementaal project de opdracht om de werking en de samenhang in het hele jeugdbeleid te verbeteren.

De jeugdzorgbrigade en Operatie Jong pleiten voor een betere aansluiting van de jeugdzorg op het lokale beleid. Het is de vraag of daarvoor een stelselherziening in de jeugdzorg nodig is. De jeugdzorgbrigade geeft in een rapportage, juni 2006, aan dat er daarvoor mogelijkheden aanwezig zijn binnen het huidige stelsel. In de praktijk zijn in diverse gemeenten al formules -zoals het CJG- gevonden waarin de lokale functies (gemeentelijke gezondheidsdienst, consultatiebureau, schoolarts, verloskundige, maatschappelijk werk) worden gebundeld en tevens aansluiting op de jeugdzorg tot stand wordt gebracht. Provincies en bureaus jeugdzorg kunnen aan de verdere verbreiding van dit model bijdragen.

3.4 Regionale ontwikkelingen

Gemeenten in de regio Zuid Holland Noord hebben voor een groot deel te maken met vergelijkbare ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, zorg en preventie. Samenwerking tussen gemeenten bij gemeenschappelijke belangen is vaak mogelijk en wordt ook zoveel mogelijk nagestreefd. Hieronder volgen de belangrijkste regionale ontwikkelingen.

3.4.1 Regionale Commissie Gezondheidszorg

De Regionale Commissie Gezondheidszorg (RCG) Zuid-Holland Noord is het platform van zorgaanbieders, patiënten/consumenten, zorgverzekeraars en gemeenten in de regio. Alle genoemde partijen zijn in de RCG vertegenwoordigd. De RCG is een onafhankelijk overleg- en adviesorgaan. De RCG bevordert de samenhang, afstemming en samenwerking tussen partijen in de zorg.
In Zuid-Holland Noord werkt de Stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn van de RCG al langere tijd aan bestuurlijke afstemming op het terrein van wonen, welzijn en zorg. De stuurgroep probeert de scheiding tussen de sectoren 'zorg' en 'wonen/ruimtelijke ordening' te overbruggen door een gezamenlijke inspanning van gemeenten, woningbouwcorporaties, zorgaanbieders, zorgvragers en zorgverzekeraars. In 2007 is daartoe door vertegenwoordigers van alle betrokken partijen een regionaal ambitie-convenant ondertekend.

3.4.2 Maatschappelijke opvang, verslavingszorg en OGGZ

In Zuid-Holland Noord heeft de gemeente Leiden als centrumgemeente de regie over het beleid ten aanzien van de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg. De rijksoverheid stelt door de WMO hogere eisen aan de centrumgemeente. De lokale/regionale aansturing van het beleid moet resultaatgericht zijn. Er is meer behoefte ontstaan aan lokale en regionale informatie over de omvang en samenstelling van sociaal kwetsbare groepen en het voorzieningenaanbod voor deze groepen. Hierop is de 'Monitor Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg: regio Zuid-Holland Noord' opgesteld.
Het accent in de regio Zuid-Holland Noord komt de komende tijd te liggen op het beperken van de instroom in voorzieningen die bedoeld zijn als laatste vangnet en op het versnellen van de uitstroom uit deze voorzieningen door middel van actieve begeleiding naar maatschappelijk herstel. Met de komst van WMO hebben de drie beleidsterreinen maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingszorg meer aandacht gekregen in de regio doordat ze de laatste drie prestatievelden van de WMO vormen.
In de gemeente Katwijk is de laatste jaren naast de verslavingszorg en OGGZ, meer aandacht gekomen voor maatschappelijke opvang. In april 2008 is de gemeenteraad akkoord gegaan met de 'Startnotitie Maatschappelijke Opvang'. Hiermee is de raad akkoord gegaan met een interactief proces met als doel om twee opvangvoorzieningen voor dak- en thuislozen en (ex)verslaafden te realiseren op één locatie in de gemeente Katwijk. In september 2008 heeft de gemeenteraad de selectiecriteria om te komen tot een locatiekeuze vastgesteld. Door een omissie in de uitgangspunten m.b.t. de benodigde brutovloeroppervlakte voor de voorziening van St. De Brug, het vervallen van het bouwregime van het College Bouw Zorginstellingen en nadere inzichten over de wenselijkheid van huisvesting van de twee verschillende doelgroepen op één locatie, heeft het college voorgesteld te komen tot splitsing van de voorzieningen verslavingszorg van St. de Brug en het begeleid wonen van St. De Binnenvest. Bij de behandeling van een voorstel tot splitsing van genoemde voorzieningen en vaststelling van de top 3 locatiekeuze op 23 maart 2009 heeft de Commissie Welzijn het college geadviseerd om voor de voorziening van St. de Brug nader onderzoek te doen naar de mogelijkheden tot inzet van de marinebarakken en parkeerterrein Noordduinen. Voor de voorziening van St. De Binnenvest is een nieuw interactief traject uitgezet, waarbij inwoners in de gelegenheid zijn gesteld om locaties op te voeren. Naar verwachting zal de commissie in juni 2009 over de resultaten van het onderzoek worden geïnformeerd.

Zorgoverleg Katwijk
In Katwijk fungeert het Zorgoverleg Katwijk. Het zorgoverleg is een overlegorgaan waar burgers en instanties melding kunnen doen van ernstige overlast, hygiënische problematiek (vervuilingssituaties) en van noodzaak tot bemoeizorg. Van ernstige overlast is sprake in het geval van aanhoudende overlast die diep ingrijpt in het leven van degene die eronder lijdt of waarvan een zodanige bedreiging uitgaat dat welzijn, gezondheid of leefomgeving van omwonenden ernstig wordt geschaad.
Onder bemoeizorg wordt verstaan: het actief benaderen van een persoon die overlast geeft of waar ernstige zorgen over zijn, zonder dat die persoon hier zelf om vraagt. Er vindt multidisciplinaire afstemming plaats om o.m. huurschulden, schuldhulpverlening, maatschappelijk werk huisuitzettingen te voorkomen. De verschillende partners onderzoeken de gemelde situaties en benaderen instellingen

voor een bijdrage aan de oplossing ervan. Binnen het zorgoverleg wordt de voortgang van de hulpverlening nauwlettend gevolgd. De gemeente heeft de regiefunctie om sluitende (uitvoerings-) afspraken tussen de betrokken OGGZ-organisaties tot stand te brengen. Het gaat om opvang (vangnetfunctie) en preventie. De uitvoering is zeer divers georganiseerd. De GGD Holland-Midden, de GGZ-instelling Duin- en Bollenstreek, Parnassia Bavo-groep, Stichting de Binnenvest, Stichting De Brug, het AMW, politie en andere particuliere instellingen ontplooien activiteiten.
De meerwaarde van één centraal meld- en coördinatiepunt is dat het centreren het makkelijker maakt om een actueel overzicht te hebben en te houden over aard en omvang van de doelgroep sociaal kwetsbaren, maar ook als bron van informatie over trends en ontwikkelingen in vraag en aanbod op dit beleidsterrein.

Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord
Met de invoering van de WMO moeten alle gemeenten invulling geven aan de prestatievelden 7, 8 en 9, respectievelijk maatschappelijke opvang, Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en verslavingszorg. Leiden fungeert als centrumgemeente voor deze drie beleidsterreinen en ontvangt daarvoor de doeluitkeringen van het Rijk. Met instemming van de in het OGGZ-Platform ZHN participerende instellingen en gemeenten is gekozen voor het geven van een extra impuls aan de aanpak van dakloosheid en de daarmee samenhangende problemen middels het Regionaal Kompas. Regie en financiering van het Regionaal Kompas liggen bij de centrumgemeente. De lokale overheden zijn vooral verantwoordelijk voor preventie en maatschappelijk herstel en geven hieraan vorm binnen bovengenoemde drie prestatievelden van de WMO. Het gaat daarbij om afspraken met betrekking tot bijvoorbeeld voorkomen van huisuitzettingen, schuldhulpverlening en budgetbeheer, re-integratietrajecten voor cliënten van sociale zaken en uitstromers van maatschappelijke opvang en verslavingszorg en de lokale zorgnetwerken en diverse preventieprogramma's op OGGZ-terrein.

Platform OGGZ Duin- en Bollenstreek
Per april 2008 is het Platform OGGZ Duin- en Bollenstreek opgericht. Dit Platform komt 1x per 6 weken bij elkaar en stemt beleidszaken af op het gebied van Verslavingszorg, OGGZ en Maatschappelijke Opvang. Het overleg adviseert tevens het beleidsvoorbereidend Platform OGGZ Zuid-Holland Noord over de zaken die belangrijk zijn voor de Duin- en Bollenstreek. Deelnemers aan dit overleg zijn vertegenwoordigers (ambtelijk) van de zes gemeenten, Valent (maatschappelijk werk), GGZ Duin- en Bollenstreek, Brijder Verslavingszorg, Platform Kocon, Stichting De Brug, Zorgvragers Overleg Noord Zuid-Holland (ZON) en de GGD HM. De voorzitter is de beleidsmedewerker Volksgezondheid van de gemeente Katwijk en de secretaris is de beleidsmedewerker OGGZ bij de GGD HM (tevens secretaris van het beleidsvoorbereidend Platform OGGZ ZHN).

3.4.3 Jeugdbeleid
In 2007 heeft de gemeente samen met de provincie, zorginstellingen en met andere gemeenten in Zuid-Holland Noord het Convenant jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning 2007-2010 ondertekend. De doelen hiervan zijn:
- op de kortst mogelijke termijn na signalering van problemen in de opgroei- en opvoedsituatie te komen tot een interdisciplinaire, samenhangende hulp aan kinderen en gezinnen;
- een eenduidige gezamenlijke sluitende aanpak van vroegsignalering en zorgcoördinatie door de provincie, gemeenten en zorginstellingen in Zuid-Holland Noord;
- samenwerking in de zorg rond een kind te bewerkstelligen, waarbij de (lokale) overheid de ketenregie voert over het proces.

Deze doelen worden gerealiseerd middels een sluitende aanpak in de jeugdketen door te beginnen met 'het in kaart brengen' via de signalering van problemen tot daadwerkelijke hulp op maat. De belangrijkste taken hierin zijn: lokaal regisseren, bovenlokaal registreren, regionale/provinciale jeugdzorg en jeugdbescherming realiseren.

Elektronisch Kinddossier (EKD)
Het elektronisch kinddossier is een voortzetting van het bestaande integrale dossier jeugdgezondheidszorg, maar dan in digitale vorm. Het EKD faciliteert een betere continuïteit van zorg ten behoeve van het individuele kind door snelle overdracht van dossiers tussen JGZ-organisaties, met 4 jaar, bij verhuizing of verandering van school. Ook kan er gemakkelijk een koppeling worden gemaakt tussen kinderen uit één gezin.
Verder zijn op populatieniveau gegevens over gezondheid beter en sneller beschikbaar. In de regio Zuid-Holland Noord werken beide thuiszorginstellingen (Valent en Activite) en de GGD HM, in overleg met de gemeenten, aan het traject van invoering van het EKD. Het oorspronkelijke traject met één landelijk EKD-pakket is inmiddels stopgezet door problemen in de aanbestedingsprocedure. JGZ-

instellingen mogen nu zelf overgaan tot de aanschaf van bestaande ICT-pakketten voor het EKD. Wel zullen de systemen moeten voldoen aan landelijke standaarden om uitwisseling van gegevens mogelijk te maken. Het is op dit moment de bedoeling dat eind 2009 een start zal worden gemaakt met het EKD.
Een meerderheid van de Tweede Kamer wil dat het elektronisch kinddossier meer dan alleen jeugdgezondheidszorg gegevens bevat. Deels komt die wens voort uit de verwarring die ontstaan is met betrekking tot de definities van het EKD en de Landelijke Verwijsindex (VIR). Minister Rouvoet van Jeugd en Gezin houdt vast aan de doelstelling digitalisering van de jeugdgezondheidszorg. Wel heeft hij de Tweede Kamer toegezegd op een notitie te zenden waarin de mogelijkheden tot verbreding van het elektronisch kinddossier worden verkend.

Verwijsindex
De regionale verwijsindex (Jeugdmatch ZHN) is een elektronisch systeem waarmee instellingen hun hulp eerder en sneller op elkaar kunnen afstemmen. Katwijk is de trekker voor de regionale implementatie van dit systeem dat aansluit op de landelijke verwijsindex. De landelijke verwijsindex zorgt ervoor dat jongeren met risico's bij alle verhuizingen over de gemeentegrenzen heen in beeld blijven van de desbetreffende instanties. Voor de regio Zuid Holland Noord is het beoogde resultaat voor 2009 dat de Jeugdmatch operationeel is vanaf 8 juni. Eind 2009 zal aansluiting op de landelijke verwijsindex een wettelijke verplichting zijn.

Coördinatie van zorg voor gezinnen met meervoudige problematiek (bijvoorbeeld: de gezinscoach)
In 2011 moet er:
- een uniforme werkwijze zijn m.b.t. signalering (intake, casusoverleg, zorgcoördinatie, evaluatie), in de vorm van een protocol "van signaal naar zorg en hulp";
- een regionale aanpak van coördinatie van zorg aan gezinnen met meervoudige problematiek en de inzet van gezinscoaching;
- implementatie van de overeengekomen werkwijze in heel Zuid -Holland Noord;
- scenario's voor inzet van (bestuurlijke) doorzettingsmacht in risicosituaties.

3.5 Lokale ontwikkelingen

Hieronder volgt een beschrijving van de diverse beleidsterreinen waarin volksgezondheid een belangrijke rol speelt. Het betreft een beschrijving van het huidige beleid, aangevuld met de meeste recente ontwikkelingen of plannen voor de toekomst.

3.5.1 Jeugdbeleid
De gemeente wil de ontmoetingsmogelijkheden voor jongeren tussen 12 en 16 jaar en van 16 jaar en ouder uitbreiden. De nota's 'Hanggroepjongeren' en 'Accommodatiegebonden Tienerwerk' worden uitgevoerd en er wordt een plan uitgewerkt om een maatschappelijke stage voor jongeren mogelijk te maken, mede om hen in aanraking te brengen met hun verantwoordelijkheid voor de samenleving. Jongeren worden begeleid naar werk of waar nodig teruggeplaatst in het onderwijs om de juiste startkwalificatie te halen. Het VSV Jongerenloket (een regionaal loket voor Vroegtijdig School Verlaters) speelt hierbij een belangrijke rol. Voor verdere uitgevoerde activiteiten zie paragraaf 3.3.4 'De laatste ontwikkelingen op het gebied van jeugd', paragraaf 3.4.3 'Jeugdbeleid' en paragraaf 6.4 'Opvoeding jeugd'.

3.5.2 Sportbeleid en bewegingsstimulering
Een groot deel van de inwoners beweegt onvoldoende. Voldoende bewegen houdt in: minimaal vijf dagen per week een half uur bezig zijn met matig inspannende activiteiten.
Inactiviteit is de laatste jaren fors toegenomen door allerlei passieve vormen van vrijetijdsbesteding en het uitoefenen van minder fysieke arbeid. Mensen worden zwaarder door een combinatie van inactiviteit en ongezonde voedingsgewoonten. Door een gezamenlijke aanpak van de landelijke en lokale overheid kan overgewicht worden teruggedrongen. Reeds zijn er verschillende afspraken gemaakt zoals in Alliantie School & Sport (betere samenwerking tussen scholen en sportverenigingen), Convenant Overgewicht (overheid en industrie, horeca en andere organisaties) en de Breedtesportimpuls.

De regionale focus lag voorheen met name op bewegen maar is nu uitgebreid met voeding. Gedurende 2007-2010 voert de GGD HM in Zuid-Holland Noord het meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' uit. De doelgroepen jeugd, ouderen en chronisch zieken, mensen met een laag

inkomen en weinig opleiding krijgen specifieke aandacht. Samenwerking tussen de gemeente en diverse lokale intermediaire organisaties is in dit geheel onmisbaar. De gemeente zal voor de periode 2007-2010 specifieke modulen afnemen uit het Meerjarenprogramma.
De gemeente vindt sport zeer belangrijk vanwege haar bijdrage aan de vorming en ontwikkeling van jeugd, volksgezondheid en sociale verbanden. Ook beleven veel mensen plezier aan het bezoeken van sportevenementen. In de periode 2006-2010 wil de gemeente haar aandacht op het volgende richten:

- vrijwilligerswerk vormt bij sport een belangrijke drager. Inspanningen zijn nodig om dit in stand te houden;
- daarnaast wil de gemeente dat gehandicapten en ouderen meer betrokken zijn bij sportieve activiteiten. Deelname aan die activiteiten voor deze specifieke doelgroepen moet dan ook worden gestimuleerd;
- er moet een breder aanbod aan sportactiviteiten en -faciliteiten voor alle bevolkingsgroepen worden gerealiseerd;
- de jeugd wordt middels kennismakingsprogramma's gestimuleerd om actief deel te nemen aan sport. Dit wordt gecontinueerd.
- het sportaanbod moet meer toegankelijk worden voor ouderen en gehandicapten.

3.5.3 Ouderen- en gehandicaptenbeleid

Voor de doelgroep ouderen en mensen met een beperking ligt het accent op het zo lang mogelijk zelfredzaam voortzetten van deelname aan de samenleving. Dit moet o.a. gepaard gaan met het treffen van voorzieningen in de woonomgeving. Maar ook een aanbod aan welzijnsdiensten en ontmoetingsactiviteiten is hierin belangrijk.

De overheveling van taken uit de AWBZ naar de gemeente is per 1 januari 2007 gerealiseerd. Het gaat om "hulp bij het huishouden" en de AWBZ subsidieregelingen. De voormalige WVG voorzieningen (rolstoelen, woonvoorzieningen en vervoersvoorzieningen) worden nu in het kader van de WMO verstrekt. Voor deze voorzieningen is er gekozen om vooralsnog het beleid te handhaven zoals dat was bij de AWBZ en de WVG. Dit houdt onder andere in dat alleen voor de voorziening "hulp bij het huishouden" een eigen bijdrage gevraagd wordt en voor de overige voorzieningen niet. Ook blijven daardoor principes gelden als 'verstrekken van de goedkoopst adequate voorziening' en 'niet individueel verstrekken van algemeen gebruikelijke voorzieningen'.

In 2005 is de Kadernota Wonen, Zorg en Welzijn door de KRV-gemeenteraden vastgesteld. Eén van de prioriteiten uit deze nota was om na te gaan of het huidige aanbod van welzijnsdiensten voor ouderen toereikend is. Naar aanleiding hiervan is in 2006 het voorstel 'Welzijnsdiensten voor ouderen' aan het college aangeboden. In dit voorstel kwam onder andere naar voren dat het huidige aanbod van welzijnsdiensten voldoet, maar dat het aanpassen ('moderniseren') van welzijnsdiensten een structurele taak is van de SWO KRV. Ook bleek dat een klussendienst ontbreekt en dat het huidige aantal uren van de ouderenadviseur niet voldoende was om aan de vraag te voldoen. Voor het moderniseren van de welzijnsdiensten, de opzet van een klussendienst en de uitbreiding van het aantal uren van de ouderenadviseur zijn middelen beschikbaar gesteld. Inmiddels is de klussendienst ingevoerd door Stichting Welzijn Ouderen KRV onder de naam "Werk in Uitvoering". Per 1 januari 2007 is het vervoersgebied van de belbus verder uitgebreid, waardoor de (geïndiceerde) burger nog minder afhankelijk is.

Op 1 januari 2007 opende Katwijk haar zorgloket. Bij dit loket kunnen inwoners terecht voor informatie en advies over zorg, welzijn en wonen. Ook individuele voorzieningen zoals vervoer, rolstoelen, woningaanpassingen en hulp bij het huishouden kunnen hier aangevraagd worden. September 2007 is ook de inkomensondersteuning hier bijgekomen. Daarnaast ondersteunt het loket de burgers bij de aanvraag van een WMO-voorziening. Medewerkers van het Zorgloket verzorgen in nauwe samenwerking met de zorgconsulenten van Sociale Zaken de hoogwaardige intake voor de gemeentelijke voorzieningen.

Zie voor de voorgenomen doelen en actiepunten ten aanzien van het ouderen- en gehandicaptenbeleid ook domein 4 'Meedoen makkelijker maken' van het WMO-beleidsplan 2008-2011.

3.5.4 Mantelzorg

Veel burgers verlenen mantelzorg. Mantelzorgers zijn een groep die nog steeds de aandacht vragen en de gemeente heeft hierin haar verantwoordelijkheid in het kader van de WMO. Het ondersteuningsaanbod is uitgebreid in 2006.
Er wordt beleid ontwikkeld op het gebied van reïntegratie en arbeid. Op dit moment krijgt de gemeente nog geen signalen over een tekort aan mantelzorgers of een tekort aan ondersteuningsmogelijkheden

voor mantelzorgers. Wél doen steeds meer mantelzorgers een beroep op het steunpunt mantelzorg en op het steunpunt vrijwillige hulp. In onze gemeente zijn (en in de regio Zuid-Holland Noord) de Stichting Mantelzorgondersteuning Duin en Bollenstreek, de Vrijwillige Thuishulp van Valent, de Zonnebloem en stichting Buddy Netwerk, actief. De mantelzorgondersteuning in de regio Zuid-Holland Noord is ondergebracht bij twee grotere steunpunten mantelzorg (de vrijwillige thuishulp van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland en Valent) en bij een aantal kleinere organisaties (zoals de Zonnebloem en enkele patiëntenverenigingen). Zie voor de voorgenomen doelen en actiepunten ten aanzien van het mantelzorg- en vrijwilligersbeleid ook het domein 'Mantelzorg en vrijwilligers' van het WMO-beleidsplan 2008-2011.

3.5.5 Vreemdelingenbeleid

Minderheden hebben duidelijk behoefte aan emancipatie en integratie. In sommige gevallen is deelname bij wet- en regelgeving geregeld. Zo zijn inburgeringprogramma's voor nieuwkomers verplicht. Inburgering en integratie reiken verder; ook de directe leefomgeving van de minderheden speelt een rol. In een aantal wijken en buurten zal integratie niet vanzelf gaan en moet de sociale cohesie versterkt worden. Wij willen daarom uitvoering geven aan een multicultureel programma dat bijdraagt aan het voorkomen van racisme en discriminatie en de gemeenschapszin bevordert.

3.5.6 Milieu

De invloed van milieu, zowel het binnen als buitenmilieu, op de gezondheid van mensen staat steeds hoger op de agenda: heel recent is er aandacht voor binnenmilieuproblemen in relatie tot schoolprestaties.
In het 'Milieubeleidsplan 2003-2006' worden de nieuwste beleidsvernieuwingen in relatie met gezondheid genoemd, voortdurend dienen zich nieuwe risico's aan. Hierop worden nieuwe activiteiten ontplooid en door een wereldwijde marktwerking worden nieuwe risico's geïntroduceerd. Voorbeelden hiervan zijn gezondheidseffecten van elektromagnetische straling (bovengrondse elektriciteitslijnen, GSM-antennes), nieuwe biotechnische ontwikkelingen (genetische modificatie) en andere kwesties, zoals legionella, blauwalgen, botulisme, etc. De GGD speelt een belangrijke rol in de milieukundige begeleiding van dit soort vraagstukken.

3.5.7 Ruimtelijke ordening

De gemeente is bezig met de ontwikkeling van de nieuwbouwlocatie te Valkenburg. Bij de ontwikkeling van Locatie Valkenburg wordt gezondheid meegewogen. De GGD HM adviseert de gemeente bij de inrichting van het woongedeelte van de wijk maar ook bij de infrastructuur waarbij aandacht wordt besteed aan een goed netwerk van wandel- en fietspaden.
Door rekening te houden met gezondheidsaspecten kan er invulling worden gegeven aan de ambitie voor Locatie Valkenburg 'een plaats zijn waar met veel plezier gewoond, gerecreëerd, gesport en van de natuur genoten kan worden'.

3.5.8 WMO

De gemeente heeft in 2007 gewerkt aan het WMO-beleidsplan. Hierin hanteert de gemeente, in hoofdlijnen, de volgende visie op maatschappelijke ondersteuning:

1. De burger is zelf verantwoordelijk om tijdig in zijn ondersteuningsbehoefte te voorzien. De gemeente treedt op als vangnet voor burgers die de benodigde ondersteuning niet zelf kunnen organiseren of financieren;
2. De gemeente wil het gevoel van een civil society[5] behouden én versterken door samenwerkingsverbanden te versterken en informele zorg te stimuleren;
3. Uitgangspunt in welzijn, ondersteuning en zorg is dat voorzieningen algemeen zijn en alleen specifiek als dat nodig is. De WMO maakt onderscheid tussen collectieve (welzijnswerk, Wijkzorgcentra, etc.) en individuele voorzieningen (rolstoel, maaltijd of hulp bij het huishouden, etc.);
4. Het zorgloket biedt laagdrempelig, onafhankelijk en zo volledig mogelijk informatie en advies over wonen, welzijn en zorg;
5. De WMO-dienstverlening wordt vanuit de klant opgezet. Dit vraagt om een integrale benadering van de vraag van de klant;
6. Voorzieningen voor wonen, zorg en welzijn worden goed op elkaar afgestemd en gespreid over de gemeente. De gemeente maakt woonservicezones. In een woonservicezone worden

[5] 'Civil society' is een systeem van verbanden waar mensen vrijwillig aan meedoen. Civil society gaat uit van: betrokkenheid van burgers bij de publieke zaak, een groter maatschappelijk zelfbestuur, minder overheidsbemoeienis, sterkere gemeenschapszin en tolerantie.

bestaande en nieuwe woningen binnen een bepaalde straal van een zorginstelling of zorg-welzijnsteunpunt geschikt gemaakt voor de diverse doelgroepen;
7. De gemeente gaat uit van een wijkgericht aanbod, tenzij dit lokaal of bovenlokaal doelmatiger of efficiënter kan worden georganiseerd;
8. Bij de 'grote eigen verantwoordelijkheid' hoort dat burgers voor hun voorzieningen over een bepaalde mate aan keuzevrijheid moeten kunnen beschikken;
9. De WMO-adviesraad wordt actief betrokken bij de WMO;
10. In de regio heeft de grotere gemeente Katwijk een extra verantwoordelijkheid om samen met de andere gemeenten bovenlokale zaken op te pakken. We werken - daar waar dat gemeentelijke voordelen biedt - samen met de regio Holland Rijnland;
11. De kwaliteit van voorzieningen moet aan minimum criteria voldoen. De zorgaanbieder is primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van de voorziening. De gemeente moet zorgen dat de aanbieder zijn werk naar behoren uit kan voeren.

Zie ook het WMO-beleidsplan 2008-2011. Hierin zijn alle prestatievelden ten aanzien van de WMO beschreven.

3.5.9 Armoede

Het aspect "armoede" kan van invloed zijn op de gezondheid van burgers. "Kiezen voor gezond leven" (VWS) kan ten slotte alleen als je voldoende middelen hebt hiervoor. Armoede kan bijvoorbeeld invloed hebben op (de mogelijkheden voor) een gezonde leefstijl en het (kunnen) maken van gezonde keuzes.

Hiertoe heeft de gemeente Katwijk een ruimhartig minimabeleid ontwikkeld. Zo zijn er maatregelen genomen voor inkomensondersteuning en ondersteunt de gemeente zaken als de Voedselbank en het Project Broodnodig.

4 Terugblik en stand van zaken

4.1 Inleiding

De gemeente heeft in de vorige nota een actieplan opgenomen waarin staat beschreven welke activiteiten zij wil uitvoeren, ondersteunen of stimuleren ten aanzien van het gezondheidsbeleid.

De gemeente heeft er voor gekozen om in de nota 2003-2007 extra aandacht te besteden aan de knelpunten:

1. Onvoldoende huisvesting ouderen en gehandicapten;
2. Opvoeding jeugdigen;
3. Overmatig gebruik alcohol, drugs en genotmiddelen door jongeren;
4. Onvoldoende voorlichting, afstemming en samenwerking instellingen.

Tijdens de werkconferentie is een vijfde knelpunt benoemd die niet in een werkgroep is uitgewerkt, maar toentertijd aandacht van de gemeente behoefte:

5. Bedreiging continuïteit huisartsenzorg.

Hieronder volgt per knelpunt een overzicht van de doelstelling, de voorgenomen actiepunten en de uitgevoerde activiteiten. Dit hoofdstuk geeft vervolgens een conclusie waarin wordt aangegeven welke knelpunten wederom een plaats krijgen binnen de nota.

4.2 Stand van zaken beleidsprioriteiten lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007

4.2.1 Onvoldoende huisvesting ouderen en gehandicapten

Beleidsdoel:
Ontwikkelen en uitvoeren van de concrete uitvoeringsplannen van het Masterplan Wonen en Zorg.

Actiepunt:
Bestaande werkwijze en uitwerking van de werkgroep en stuurgroep Wonen in KRV-verband voortzetten.

Uitvoering:
De werkgroep en stuurgroep wonen in KRV bestaan inmiddels niet meer.
In 2005 is de kadernota Wonen, Zorg en Welzijn opgesteld. Een uitwerking hiervan is de oprichting van het woon, zorg en welzijn (WZW) platform waarin gemeente, welzijn/zorgaanbieders en woningcorporaties deelnemen. Binnen dit platform worden de plannen van de huidige aanbieders en de plannen uit de brede structuurvisie van de gemeente op elkaar afgestemd en wordt samenwerking geregeld. Onder het platform zullen een aantal WZW projecten voorbereid en uitgevoerd worden (bijvoorbeeld een 5 à 6 woonservicezones in de gemeente). Verder werkt de gemeente mee aan aanvragen en verschillende initiatieven.

4.2.2 Opvoeding jeugdigen

Beleidsdoel:
De genoemde ingezette beleidsvoorstellen van Katwijk, Rijnsburg en Valkenburg continueren, in elkaar schuiven en zonodig intensiveren.

Actiepunten:
1. Harmoniseren en zonodig intensiveren van bestaand beleid.
2. In een deelnotitie nader uitwerken en onderzoeken hoe in aansluiting op bestaand beleid nieuw beleid geformuleerd kan worden.

Uitvoering:
1. Intensivering van beleid heeft plaatsgevonden door invoering van de projecten "Stevig ouderschap" in 2004 en "Gezinscoach" in 2005. Daarnaast is in 2007 het project "Stevig ouderschap plus" ingevoerd.
2. Er is geen aparte deelnotitie naar de aansluiting bestaand beleid - nieuw beleid geschreven. Wel zijn er convenanten met de provincie e.a. afgesloten, waarin afstemming tussen lokaal en provinciaal beleid (o.a. ook afstemming bestaand en nieuw beleid) wordt afgesproken. Verder wordt onderzocht of en hoe de opvoedcursussen verbeterd kunnen worden. Ook wordt onderzocht in hoeverre de zorgnetwerken, de signalerings -en zorgoverleggen beter op elkaar afgestemd kunnen worden.
3. Verder wordt er stevig ingezet op de "bemoeizorg" voor 0-4 jarigen. Er wordt actief achter kinderen "aangezeten" die niet bij de consultatiebureaus verschijnen.

4.2.3 Overmatig alcohol- en drugsgebruik jongeren

Beleidsdoel:
De activiteiten van het Platform Verslavingszorg Katwijk voortzetten en verbreden naar Rijnsburg en Valkenburg.

Actiepunten:
1. Subsidie aan het Platform Verslavingszorg Katwijk continueren; de activiteiten in of voor Rijnsburg conform de startnotitie Rijnsburg uitvoeren.
2. In overleg met het Platform de activiteiten naar Rijnsburg en Valkenburg verbreden.
3. Verslavingsbeleid tussen drie gemeenten afstemmen.

Uitvoering:
De acties uit de nota gezondheidsbeleid zijn allen uitgevoerd. Het verslavingsbeleid is geëvalueerd en op 17 juli 2008 is de Kadernota Verslavingsbeleid 2009-2013 door de raad van de gemeente Katwijk vastgesteld. Uit deze Kadernota zal midden 2009 een Werkplan Verslavingsbeleid 2009-2013 voortvloeien. De subsidie voor het Platform Verslavingszorg (inmiddels Platform Kocon) is gecontinueerd.

4.2.4 Onvoldoende voorlichting, afstemming en samenwerking instellingen

Beleidsdoelen:
1. Zorgen dat de hulpvrager in Katwijk, Rijnsburg en Valkenburg in contact wordt gebracht met het goede aanbod, zonodig met persoonlijke begeleiding.
2. Het advies van de regionale gezondheidscommissie inzake het zgn. 'minimumpakket welzijnsdiensten' meenemen in de nota's ouderenbeleid alsmede de subsidiëring van de SWOKRV onderling in KRV-verband afstemmen.

Actiepunten:
1. Blijven stimuleren van het tot stand komen en bijhouden van de digitale dienstcatalogus/sociale kaart door de GGD ZHN om op deze manier een zorgloketfunctie te realiseren;
2. Afstemming en samenwerking verbeteren met de instellingen met het oog op de zorgloketfunctie. In een notitie de zorgloketfunctie nader uitwerken.

Uitvoering:
Het zorgloket (WMO) is inmiddels operationeel in de gemeente.
Er wordt nog gewerkt aan het tegengaan van versnippering en het stimuleren van samenwerking op het gebied van de jeugd(zorg). Dit blijft voorlopig een aandachtspunt.
Het "minimumpakket welzijnsdiensten" is inmiddels vastgesteld, inclusief de daarbij passende subsidiëring.

4.2.5 Bedreiging continuïteit huisartsenzorg

Beleidsdoel:
(Mede) zorg te dragen dat er geen tekort aan huisartsen zal ontstaan in de KRV-gemeenten. Inventariseren welke mogelijkheden de gemeente hiertoe heeft.

Actiepunten:
1. Een positieve houding aannemen ten aanzien van het realiseren van groepspraktijken en HOED'en en zonodig indien mogelijk faciliterende maatregelen (met name op bestemmingsplan-niveau) nemen om realisatie te vergemakkelijken.
2. Ruimte reserveren in Katwijkse, Rijnsburgse en Valkenburgse bouwplannen om een groepspraktijk/HOED te kunnen vestigen (bijvoorbeeld in de Zanderij (Duinvallei) en in het Tussengebied (tegen Noordwijk aan) en in woonservicezone Vlietstede).

Uitvoering:
In het onderzoek van de Regionale Eerstelijns Ondersteunings Structuur (REOS zorg) wordt vermeld dat de continuïteit van de huisartsenzorg niet direct bedreigd wordt. Echter, in de huidige praktijk blijkt dat dit wel het geval is als er geen goede huisvestingsmogelijkheden voor huisartsen gevonden worden. Het is dus noodzakelijk om als gemeente aandacht te besteden aan de huisvestingsproblemen van huisartsen, met name omdat de komende jaren een aantal huisartsen hun praktijk zullen beëindigen om leeftijdsredenen. Omdat bij deze huisartsen de praktijk deel uitmaakt van de eigen woning en zij niet voornemens zijn hun huis te verlaten, zullen deze praktijkruimten dus ook daadwerkelijk verdwijnen. Hiermee moet dus rekening gehouden worden bij het realiseren van de woonservicezones en HOEDEN/GOEDEN, mede omdat jonge huisartsen over het algemeen in een HOED of GOED willen werken.

Het opzetten van een HOED in het Kwadrant is niet doorgegaan. Wel wordt er gewerkt aan een HOED op het terrein van het Zeehospitium. Er is geruime tijd sprake geweest van de vestiging van een HOED in de Duinvallei. Echter de planning (van de invulling) van de Duinvallei is op langere termijn geschoven. Om deze reden heeft een aantal huisartsen verzocht te bekijken of een HOED meegenomen kan worden in de eventuele 6e woonservicezone (Koestal/Zanderij). De Koestal/Zanderij heeft echter weinig fysieke mogelijkheden voor een HOED. Uit ervaring blijkt dat de realisatie van HOEDEN vertraging oploopt door externe factoren die van invloed zijn op planvorming op het gebied van ruimtelijke ontwikkeling. Hierdoor wordt ook de continuïteit van de huisartsenzorg bedreigd.

4.3 Conclusie

De meeste voorgenomen activiteiten zijn uitgevoerd door de gemeente. Sommige knelpunten zijn nu nog steeds actueel. Een aantal van de knelpunten komt dan ook terug als beleidsprioriteit in de nota 2009 – 2012. Andere knelpunten worden opgepakt bij andere beleidsterreinen of worden als niet als beleidsprioriteit gecontinueerd.

1. Aan het knelpunt 'Onvoldoende huisvesting ouderen en gehandicapten' is op verschillende manieren gewerkt. Dit onderwerp krijgt geen plaats in deze nieuwe nota maar zal door het WZW platform verder worden uitgevoerd.
2. Ten aanzien van knelpunt 'opvoeding jeugdigen' zijn er goede afspraken gemaakt met de verschillende betrokken partijen. Echter is er nog steeds sprake van versnippering en dit onderwerp verdient daarom de aandacht binnen de nieuwe beleidsprioriteiten. In de toekomst zal het Centrum voor Jeugd en Gezin een belangrijke rol gaan spelen bij de verbetering van de samenwerking.
3. Overmatig gebruik alcohol, drugs en genotmiddelen door jongeren is een onderwerp dat nog steeds actueel is. Er is een monitor Verslavingszorg uitgevoerd. De resultaten hiervan waren medio 2008 beschikbaar. Ondanks onze inspanningen hebben de verschillende activiteiten nog niet het gewenste effect. Er blijkt dat jongeren steeds meer en op steeds jongere leeftijd gaan drinken. Het aspect overmatig alcoholgebruik wordt dan ook gehandhaafd en blijft een beleidsprioriteit in de nieuwe nota. Ook overmatig gebruik van andere genotmiddelen wordt tegengegaan door het continueren van de preventieactiviteiten van de GGD HM en Parnassia[6].

[6] Vanaf 1 juli 2007 zijn Parnassia Verslavingszorg en Brijder Verslavingszorg gefuseerd. Zij maken nu beide onderdeel uit van de ParnassiaBavo Groep. Het concern bestaat uit meerdere zorgdivisies en levert zorg onder meerdere namen.

4. 'Onvoldoende voorlichting, afstemming en samenwerking instellingen' is deels aangepakt middels het zorgloket. Op het gebied van de samenwerking binnen de jeugdzorg moet de aandacht nog worden vastgehouden (zie ook punt 2).
5. Aangezien de komende jaren een aantal huisartsen hun praktijk zullen beëindigen om leeftijdsredenen, is het van belang hiermee rekening te houden in het realiseren van de woonservicezones en HOEDEN/GOEDEN in de gemeente. Het realiseren van HOEDEN/GOEDEN wordt bekeken in relatie met de woonservicezones. Opgemerkt dient te worden dat externe factoren hierbij van negatieve invloed kunnen zijn op bijvoorbeeld de (voortgang van) de ruimtelijke ontwikkeling binnen de gemeente.

5 Belangrijkste feiten gezondheidssituatie Katwijk

Hieronder worden de belangrijkste feiten van de gezondheidssituatie voor de gemeente Katwijk weergegeven. Een uitgebreide weergave van de gezondheidssituatie is bijgevoegd als bijlage.

Bevolking (zie tabel 1)
- In Katwijk woont een hoger percentage jongeren dan in Nederland (NL);
- Katwijk heeft een vergelijkbaar percentage ouderen ten opzichte van Nederland. Dit zal de komende 20 jaar snel groeien;
- Een hoger percentage laag opgeleiden en minder jongeren met startkwalificatie (ten opzichte van Zuid-Holland Noord (ZHN) en NL);
- Het inkomen is per huishouden hoger dan landelijk;
- De gemeente heeft minder uitkeringsgerechtigden (ten opzichte van NL);
- De gemeente heeft minder eenoudergezinnen (ten opzichte van ZHN en NL);
- De gemeente heeft minder allochtonen (zowel westers als niet-westers) ten opzichte van ZHN en NL.

Tabel 1. Kenmerken van de bevolking in Katwijk en Zuid-Holland Noord.

Sociaaldemografische kenmerken	Katwijk	Zuid-Holland Noord
Inwonersaantal	60.932	516.995
prognose 2025	64.298	533.966
Gemiddeld besteedbaar inkomen		
per inwoner	€ 11.800	€ 13.100
per huishouden	€ 31.300	€ 32.000
Moeite met rondkomen (18-64 jarigen)		26%
Niet werkende werkzoekenden	2,3%	3,4%
Arbeidsongeschikten		
WAO	4,6%	5,2%
WAZ	0,4%	0,4%
Wajong	1,0%	1,3%
Burgerlijke staat		
Ongehuwd	26%	35%
Verweduwd	2%	1%
Gescheiden	6%	7%
Gehuwd/samenwonend	67%	57%
Gezinssituatie		
Eenoudergezinnen	10,5%	14,8%
Allochtonen		
Westers	4,5%	8,5%
niet-westers	3,6%	7,3%
Schulden (18-64 jarigen)	6%	7%

Algehele gezondheid
- Meer ouderen ervaren gezondheid matig tot slecht vergeleken met ZHN;
- Er zijn meer ouderen met gehoorbeperking ten opzichte van ZHN.

Specifieke ziekten en aandoeningen (zie tabel 2)
- Mannen sterven vaker aan kanker dan landelijk. Ook het percentage ouderen dat kanker heeft is hoger in Katwijk dan in ZHN;
- Er komt meer diabetes voor bij ouderen ten opzichte van ZHN;
- Meer Katwijkers hebben ernstige angst- of depressieve klachten dan in ZHN, maar een vergelijkbaar percentage heeft contact gehad met geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of maatschappelijk werk (MW). Er is wel meer sterfte door psychische aandoeningen dan landelijk, maar Katwijk heeft ook meer capaciteit in psychogeriatrische instellingen;

- Volwassenen hebben vaker astma/COPD dan in ZHN. De landelijke trend is dat het aantal personen met COPD met meer dan een derde zal toenemen. Wellicht dat ook het verhoogde voorkomen en sterfte aan kanker door het hoger aantal rokers verklaard kan worden;
- Eer zijn meer inwoners met ernstig overgewicht, ook inactiviteit komt vaker voor. Dit zijn risicofactoren voor diabetes (is verhoogd bij ouderen). De verwachting is dat diabetes alleen door de vergrijzing met een derde zal stijgen. Waarschijnlijk in Katwijk met meer en ook bij jongeren en volwassenen;
- In Katwijk en omstreken komt de zeldzame erfelijke ziekte Hereditary Cerebral Hemorrhage With Amyloidosis-Dutchtype (HCHWA-D), ook wel de 'Katwijkse ziekte' voor. Dit is een vorm van hersenbloedingen die ontstaan door een verkeerde opbouw van eiwitten in de vaten van de hersenen. De ziekte komt inmiddels bij veel families voor omdat het gen die de ziekte veroorzaakt dominant overerft.

Tabel 2. Gegevens over angst/depressie en diabetes in het cluster met Katwijk en ZHN bij 18-64 jarigen en 65-94 jarigen.

Ziekten en aandoeningen	Cluster met Katwijk		Zuid-Holland Noord	
	18-64 jarigen	65-94 jarigen	18-64 jarigen	65-94 jarigen
Angst en depressie				
Matige angst/depressie	33%	36%	31%	34%
Ernstige angst/depressie	6,5%	7,7%	4,5%	4,0%
Diabetes	3,4%	16%	2,6%	12%

Leefgewoonten (zie tabel 3)

Alcohol

- Het percentage jongeren dat alcohol drinkt is vergelijkbaar met ZHN, bij volwassenen ligt dit lager;
- Het percentage excessief drinkende volwassenen is gestegen ten opzichte van vijf jaar terug (wel lager dan ZHN);

Roken en drugs

- Er zijn meer rokende jongeren en volwassenen. Dit is ook niet gedaald ten opzichte van vijf jaar geleden (zowel landelijk als regionaal is dit wel het geval);
- Het cannabisgebruik onder 12-17 jarigen ligt hoger dan ZHN.

Overgewicht en inactiviteit

- Meer volwassenen zijn inactief ten opzichte van ZHN;
- Bij alle leeftijdsgroepen een hoger percentage overgewicht ten opzichte van ZHN. Bijna twee keer zo veel ernstig overgewicht bij volwassenen.

Ziekte en zorg

- Katwijk heeft een hoger percentage ouderen dat gebruik maakt van de thuiszorg, maar het percentage dat mantelzorg ontvangt is vergelijkbaar met ZHN. Ouderen ervaren hun gezondheid vaker matig tot slecht. Echter, ze hebben niet vaker chronische aandoeningen;
- Meer ouderen maken gebruik van de thuiszorg ten opzichte van ZHN.

Tabel 3. Gegevens over leefgewoonten in het cluster met Katwijk en ZHN bij 12-17 jarigen en 18-64 jarigen.

Leefgewoonten	Cluster met Katwijk		Zuid-Holland Noord	
	12-17 jarigen	18-64 jarigen	12-17 jarigen	18-64 jarigen
Roken				
Meest recente peiling[7]	22%	34%	13%	25%
Vijf jaar ervoor	25%	32%		
Alcohol				
Meest recente peiling	52%	82%	50%	86%
Vaak en veel drinken	5%	--	5%	--
Excessief drinken	--	16%	--	18%
Vijf jaar ervoor	52%	81%	47%	84%
Vaak en veel drinken	8%	--	9%	--
Excessief drinken	--	10%	--	12%
Overgewicht (matig en ernstig)				
Meest recente peiling	14%	50%	10%	43%
Vijf jaar ervoor	14%	47%	10%	41%

[7] De meest recente peiling heeft voor volwassen plaatsgevonden in 2005; De meest recente peiling heeft voor jongeren plaatsgevonden in 2003. Voor 65+ers heeft er alleen een peiling plaatsgevonden in 2005.

6 Beleidsprioriteiten

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de beleidsprioriteiten beschreven. Bij elk prioriteit zijn er doelen gesteld, actiepunten geformuleerd en mogelijke oplossingen beschreven. De gemeente streeft ernaar dat burgers een gezonde leefstijl hanteren. Door leefstijlfactoren aan te pakken valt er veel gezondheidswinst te behalen. Burgers kunnen kiezen voor gezond leven. Gezond leven heeft ook een maatschappelijk belang. Mensen profiteren zelf het meest van langer gezond leven. Zo kunnen zij zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Zij hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg dient hiermee een maatschappelijk belang.
In deze nota kiezen we voor beleidsprioriteiten die met concrete acties op lokaal niveau zijn aan te pakken. Voor het bepalen van de beleidsprioriteiten heeft de gemeente de volgende gegevens als basis genomen:

- de gezondheidsgegevens van de gemeente Katwijk;
- de ervaren knelpunten door de intermediairs;
- de vijf speerpunten van VWS. **De gemeente is verplicht in te gaan op schadelijk alcoholgebruik, roken, overgewicht, diabetes en depressie**.

De gemeente heeft ervoor gekozen om de verschillende knelpunten en speerpunten samen te vatten onder de volgende beleidsprioriteiten:

1. **Opvoeding Jeugd**
2. **Genotmiddelengebruik**
3. **Overgewicht en Diabetes**
4. **Geestelijke Gezondheid**

6.2 Toelichting op de keuze

Op 4 september 2007 is er een werkconferentie georganiseerd door de gemeente in samenwerking met de GGD HM. Er stonden drie knelpunten centraal, die door de intermediairs zijn gekozen als de drie problemen waar de komende vier jaar in ieder geval aan gewerkt moet worden. Dit zijn overmatig alcoholgebruik, eenzaamheid onder ouderen en opvoeding jeugd.
Uit de focusgroep van 28 juni 2007 bleek al dat het noodzakelijk is dat het onderwerp 'Overmatig alcoholgebruik' terugkeert in de nieuwe nota. De gemeente kiest ook voor dit knelpunt vanwege de omvang en het zorgelijke toekomstperspectief van dit probleem. Daarnaast hebben ook de intermediairs aangegeven dit een omvangrijk probleem te vinden.
Ook het gekozen knelpunt 'Opvoeding jeugd' is geen nieuw onderwerp binnen het lokaal gezondheidsbeleid. Uit de evaluatie blijkt dat de gemeente al hard heeft gewerkt aan dit knelpunt. De intermediairs ervaren echter nog problemen en willen daarom wederom de aandacht vestigen op dit onderwerp. Het knelpunt 'Eenzaamheid bij ouderen' is nieuw binnen het lokaal gezondheidsbeleid. Ook dit knelpunt is door intermediairs verkozen als een knelpunt in de gemeente. Binnen het ouderenbeleid is reeds al veel gaande met betrekking tot eenzaamheid.
De landelijke speerpunten namelijk roken, overgewicht, diabetes en depressie worden tevens beleidsprioriteiten op basis van de hieraan gerelateerde gezondheidsgegevens en toekomstperspectieven.

Alcoholgebruik en roken zijn twee belangrijke ongezonde leefstijlfactoren. Preventie van alcoholgebruik en roken kennen veel raakvlakken.

Ze worden bijvoorbeeld samen met drugsgebruik behandeld in preventieactiviteiten op scholen zoals het project 'De gezonde school en genotmiddelen' en 'Weet wat je wilt'. Vanwege de samenhang worden deze leefstijlfactoren gebundeld onder beleidsprioriteit 'Genotmiddelengebruik'.

Preventie van overgewicht hangt sterk samen met preventie van diabetes. Zoals in paragraaf 6.5 wordt beschreven hebben mensen met overgewicht immers een verhoogde kans op diabetes. Ook door een ongezond voedingspatroon wordt het risico op diabetes vergroot. Door activiteiten gericht op preventie van overgewicht wordt tevens diabetes beïnvloed. De gemeente wil naast de indirecte beïnvloeding van diabetes door preventie van overgewicht ook specifieke activiteiten gericht op diabetes uitvoeren om dit probleem zo goed mogelijk aan te pakken.

Preventie van eenzaamheid wordt in deze nota gekoppeld aan preventie van depressie onder beleidsprioriteit 'Geestelijke gezondheid'. Eenzaamheid is een risicofactor voor depressie. Daarnaast zijn er overeenkomsten in de risicofactoren voor depressie en eenzaamheid zoals onvoldoende sociale steun, copingstrategieën, functionele beperkingen, chronische ziekten, etc. Tevens is er een overeenkomst in preventiestrategieën zowel gericht op individuen, op de omgeving en instellingen.

De gemeente heeft de afgelopen vier jaar een aanzet gegeven om deze problemen te verminderen. Het is nu zaak om de aandacht voor deze problemen vast te houden. Het aanpakken van deze beleidsprioriteiten is een ingewikkeld proces waarbij het gedrag van mensen doorbroken moet worden. Mede door integraal gezondheidsbeleid te hanteren kan dit bewerkstelligd worden. Op de lange termijn is er veel gezondheidswinst per individu maar vooral voor de gemeente als geheel te behalen. De gemeente zal, om haar preventieactiviteiten meer kracht bij te zetten, voor de eerder genoemde beleidsprioriteiten zoveel mogelijk aansluiten bij landelijke campagnes en landelijk beleid.

6.3 Opvoeding Jeugd

6.3.1 Probleemomschrijving

Veel kinderen groeien door verschillende redenen steeds minder op in een veilige en stimulerende omgeving. Door verbeterde signalering worden er meer zogenaamde risicogezinnen met jonge kinderen gesignaleerd. Ouders en verzorgers hebben daarbij steeds meer behoefte aan professionele hulp bij hun vragen over opvoeding en opgroeien.
Daarnaast is er nog sprake van versnippering van het lokale jeugdbeleid. Het is noodzaak om meer samenhang te creëren tussen het jeugdbeleid, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg.

6.3.2 De lokale situatie:

De Katwijkse jeugd en jongeren wijken niet af van de landelijke (regionaal onderzoek door bureau Tympaan heeft dit uitgewezen). 85% van de Nederlandse jeugd groeit probleemloos op tot mondige volwassen. Voor de resterende 15% dienen extra maatregelen te worden ingezet. Van die 15% heeft o.a. 5% van de kinderen van 0-12 jaar ernstige psychosociale problemen. 5% van de gezinnen heeft ernstige opvoedproblemen, 1,9% van de jongeren in onze regio is aangemeld bij Bureau jeugdzorg en1,1% is aangemeld bij geïndiceerde zorg. Uit hetzelfde onderzoek blijkt ook dat 70 % van de ouders opvoedingsvragen heeft en dat 20 % opvoedproblemen ervaart.
Gegevens over minder optimale situaties voor kinderen zijn: in Katwijk staat bij 11% (1171 eenoudergezinnen) van de gezinnen met kinderen één ouder aan het hoofd. Dit is lager dan in ZHN en Nederland respectievelijk 15% en 18%. Deze gezinnen hebben meer kans op financiële problemen. Bij 47% van de inwoners is het opleidingsniveau van de inwoners laag. Van de volwassenen had 2,4% van 19-64 jaar in Zuid-Holland Noord in 2005 te maken met huiselijk geweld (psychisch, lichamelijk of seksueel geweld).

6.3.3 Wat gebeurt er al?

Binnen het jeugdbeleid zijn er al veel ontwikkelingen gaande. Zo heeft de gemeente met andere gemeenten in Zuid-Holland Noord het Convenant jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning 2007-2010 ondertekend. Hieronder volgen concrete voorbeelden van activiteiten in de gemeente:

- er worden veel opvoedcursussen aangeboden, hier wordt echter weinig gebruik van gemaakt. Vanaf 2007 wordt geëxperimenteerd met het aanbieden van cursussen op de peuterspeelzaal.
- er is meegewerkt aan het Oké-project;
- projecten 'Gezinscoach' en 'Stevig ouderschap' worden voortgezet;
- 'Stevig ouderschap plus' wordt uitgevoerd;

- de beleidsvisie jeugd- en jongerenwerk wordt op interactieve wijze ontwikkeld;
- het project elektronisch kinddossier is in 2007 gestart;
- het informatie-uitwisselingsprogramma 'Jongeren in beeld' (politie, wijkwerk en jongerenwerk) is ingevoerd in 2006;
- in de gemeente wordt in de tweede helft van 2007 een onderzoek uitgevoerd naar multi-probleem gezinnen en de noodzaak tot zorgcoördinatie in die gezinnen; als vervolg op dit onderzoek is het multi-probleemgezinnenoverleg gestart.
- er is veel aandacht besteed aan de deskundigheidsbevordering in het tweede pedagogische milieu door bijvoorbeeld signaleringscursussen voor peuterspeelzaalleidsters en leerkrachten, gesprekvoering met ouders, etc.;
- er zijn verschillende multidisciplinaire netwerken: ZAT's (0-4 jaar, 4-12 jaar, 12+ jaar), het signaleringsnetwerk, het zorgoverleg en het multi-probleemgezinnen-overleg. De ZAT's op de Regionale opleidingscentra zijn gestart.
- op alle peuterspeelzalen, basisscholen en bijna alle kinderdagverblijven wordt voor- en vroegschoolse educatie uitgevoerd, dat zich richt op ontwikkeling(sachterstanden) en niet alleen op educatie; er is een warme overdracht van peuterspeelzaalwerk naar onderwijs.
- het jongerenpreventieproject,
- preventieproject op de basisscholen gericht op het voorkomen van verslaving, vandalisme, discriminatie, etc.;
- de kanjertraining: een project op basisscholen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling;
- 'Jongeren op straat' project;
- 'Sport op straat project';
- middagopvang tienerwerk;
- onderwijsvoorziening Cardea Campus;
- schakelklas voor kinderen met meer dan een jaar (taal) achterstand;
- in regionaal verband is het speerpunt 'Voorkomen van schooluitval' gekozen;
- er is regionaal onderzoek gedaan naar (behoefte aan) opvoedingsondersteuning. Zie ook "Opgroeien" in het WMO-beleidsplan 2008-2011.
- Vanuit de gezamenlijke huisartsen is samen met het LUMC, Kinder- en Jeugdcentrum Curium en TNO het afgelopen jaar een project ontwikkeld waarin huisartsen kinderen met psycho-sociale problematiek eerder signaleren, komen tot een snellere diagnose en betere doorverwijzing (project "vroeg-diagnostiek").

6.3.4 Wat willen we bereiken?

Verergering van problemen wordt voorkomen door vroegtijdige signalering en een beter inzicht in het hulptraject rondom een kind. Gezinnen die dat nodig hebben ontvangen een op maat gesneden aanbod. Professionals moeten signalen kunnen herkennen, deze tijdig onderkennen en weten wat zij hiermee moeten en kunnen doen. Het aanbod van de opvoedingsondersteuning en hulpverlening is verbeterd en laagdrempelig. De uitvoering zal zoveel mogelijk gebeuren door of in samenwerking met de afdeling jeugd en in het kader van WMO-prestatieveld 2 'Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden'. In dit kader streven zowel de huisartsen als de gemeente ernaar om (de ontwikkeling van) het Centrum voor Jeugd en Gezin in de back-office te laten aansluiten op bovengenoemd huisartsenproject. Uiteindelijk moet het voor alle partijen duidelijk zijn welke positie de huisartsen binnen de ketenzorg rond kinderen met psychosociale problemen innemen.

6.3.5 Op wie richten we ons?

We richten ons op ouders en kinderen met of zonder hulpvraag waar verstoring optreedt van de wenselijk fysieke, sociale en emotionele ontwikkeling van het kind.

Actiepunten Opvoeding Jeugd:

1. De gemeente heeft een centrum voor jeugd en gezin gerealiseerd waar in ieder geval Bureau Jeugdzorg, Valent consultatiebureau JGZ 0-4 jaar, Jeugdgezondheidszorg 4 -19 jaar van de GGD HM, Algemeen Maatschappelijk Werk in participeren;
2. De gemeente heeft gezorgd voor bekendheid van het centrum voor jeugd en gezin. Hierdoor weten organisaties die met jongeren werken, waar ze terecht kunnen met hun individuele zorgen om jongeren, zowel qua melding als qua advies;
3. De gemeente heeft de samenwerking tussen CJG en huisartsen gestimuleerd. Ook afstemming tussen de back-office van het CJG en het huisartsenproject "vroeg-diagnostiek" is nagestreefd.
4. De gemeente heeft verschillende instellingen, de eerstelijn, organisaties en scholen geïnformeerd over het belang van vroegsignalering en heeft coaching/deskundigheidsbevordering aangeboden aan intermediairen die met jongeren werken waardoor de signaleringsvaardigheden en meldingsbereidheid versterkt.
5. De gemeente heeft de realisering van het Elektronisch Kinddossier en de Verwijsindex gefinancierd en geregisseerd;
6. De gemeente heeft gezorgd voor een sluitend en afgestemd aanbod van informatie, zorg en aanvullende activiteiten op het gebied van opvoeding jeugd;
7. Opvoedingsondersteuning is laagdrempelig gemaakt. De gemeente heeft hiervoor een adequaat preventief opvoedingsondersteuningsprogramma ingezet.

6.4 Genotmiddelengebruik

6.4.1 Probleemomschrijving

Schadelijk Alcoholgebruik

Er wordt in Katwijk veel alcohol gedronken, zowel qua hoeveelheid als frequentie. Overmatig gebruik van alcohol is slecht voor de gezondheid. Zo is er kans op leverziekten, hart- en vaatziekten zoals een beroerte, slokdarmkanker, dikke darmkanker en op letsel door ongevallen. Men kan verslaafd raken maar ook acute gezondheidsschade oplopen door bijvoorbeeld alcoholvergiftiging. Uit recent onderzoek blijkt ook dat alcohol bij jongeren onder de 23 de groei van de hersenen kan belemmeren. Geregeld en overmatig alcoholgebruik door grote groepen jongeren op steeds jongere leeftijd lijkt echter, ondanks de inspanningen van Platform Kocon, steeds gewoner te worden. Het zijn niet alleen de jongeren die veel drinken, met de leeftijd gaan steeds meer mensen frequent drinken. Alcoholgebruik is maatschappelijk zeer geaccepteerd, en vooral onder jongeren wordt gezien dat zij elkaars gedrag beïnvloeden. Alcoholgebruik wordt niet voldoende afgekeurd of ontmoedigd door de sociale omgeving. Ook ouders zijn zich vaak niet of onvoldoende bewust van de invloed van (overmatig) alcoholgebruik op de gezondheid van hun kind. Het alcoholgebruik wordt onder jongeren dan ook vaak niet ontmoedigd door de ouders. Het is daarom belangrijk om ook ouders voor te lichten over de effecten van alcoholgebruik.

Roken:

Jaarlijks sterven er ruim 20.000 Nederlanders aan aandoeningen die aan roken zijn gerelateerd. Roken is bijzonder verslavend en de verslaving ontstaat vrij snel na het eerste gebruik. Het kost dan ook veel moeite om te stoppen en de kans om succesvol te stoppen is laag.
Er zijn veel ziekten gerelateerd aan roken zoals: longkanker, chronische obstructieve longziekte, coronaire hartziekten en beroerte.
In vergelijking tot andere leefstijlfactoren is voor roken de bijdrage aan de totale ziektelast hoog. Opvallend genoeg is roken nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Wanneer men op tijd stopt met roken valt er veel gezondheidswinst te behalen en leeft men langer.

6.4.2 De lokale situatie:

Van de 12-14 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk drinkt 28% al af en toe alcohol en 78% van de 15-17 jarigen. Van de Katwijkse volwassenen drinkt 80% alcohol en van de ouderen 68%. Ongeveer evenveel 12-17 jarigen drinken alcohol als in ZHN, maar minder volwassenen en ouderen.
Er wordt veel alcohol gedronken, zowel qua hoeveelheid als frequentie.

Van de 15-17 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk gaf één op de acht aan minimaal één keer per week meer dan vier glazen alcohol per keer te drinken.

In het cluster Katwijk/Noordwijk rookt 22% van de jongeren van 12-17 jaar, een derde van de volwassenen in Katwijk en 11% van de 65-plussers. In Katwijk roken meer jongeren en volwassenen, vergeleken met ZHN en Nederland.
In de leeftijdsgroep 19-35 jaar zijn de meeste rokers (regionaal), maar het aantal sigaretten dat men rookt per dag is het hoogst in de leeftijdsgroep 50-64 jaar (gemiddeld 13 sigaretten). Mannen roken meer dan vrouwen; bij de jongeren is er echter geen verschil in roken tussen jongens en meisjes.

6.4.3 Wat gebeurt er al?

In de regio Zuid-Holland Noord is Leiden als centrumgemeente verantwoordelijk voor het beleid en het budget van de doeluitkering Ambulante Verslavingszorg. Er wordt al gewerkt met een regionale beleidsvisie. Voor de beleidsperiode 2005 – 2009 is wegens de samenhang van verslavingszorg en maatschappelijke opvang gekozen voor een gezamenlijk beleidskader. De daartoe ontwikkelde 'Beleidsvisie Verslavingsbeleid en Maatschappelijke Opvang 2005 – 2009 Zuid-Holland Noord' is richtinggevend voor de afspraken met de uitvoerende partners. In de visie wordt uitgegaan van de noodzaak van een goede regie en nauwe samenwerking. Er is meer behoefte aan sterkere accenten op veiligheid en overlastbestrijding.
In de Leidse regio en in de Rijnstreek organiseert de GGD, en in de Duin- en Bollenstreek de thuiszorgorganisatie, stoppen-met-roken cursussen. Ook diverse beroepsgroepen in de gezondheidszorg adviseren hun patiënten te stoppen met roken via een Minimale Interventie Strategie. Voorts biedt de GGD burgers in de gehele regio de mogelijkheid deel te nemen aan het programma "Quit en Win".
Wat betreft het preventieaanbod van genotmiddelengebruik zijn in de regio ZHN vooral Brijder Verslavingszorg en de GGD verantwoordelijk. De GGD voert projecten uit in het voortgezet en primair onderwijs gericht op genotmiddelenpreventie. Zo zijn er bijvoorbeeld gastlessen mogelijk. In beide projecten worden zowel tabak als alcohol behandeld. De GGD zet regionale campagnes uit (bijvoorbeeld de regionale alcoholmatigingscampagne en een regionale vertaling van de jaarlijkse landelijke drugscampagne) en ondersteunt en adviseert de gemeenten bij het opstellen van preventief verslavingsbeleid. Brijder biedt onder andere open spreekuren, eerste lijn deskundigheidsbevorderingen en biedt ondersteuningstrajecten in het jeugd- en jongerenwerk.

Het Platform Kocon voert in de gemeente Katwijk veel verschillende preventieactiviteiten uit naast de eerder genoemde activiteiten vanuit de doeluitkering:
- er worden ouderavonden verzorgd voor het basisonderwijsproject.
- voor het jongerenwerk worden scholingen georganiseerd (omgaan met non-coöperatief gedrag, Eerste Hulp bij Drank- en Drugsincidenten);
- met het jongerenwerk is een convenant over hun alcoholbeleid gesloten;
- in samenwerking met het jongerenwerk worden jaarlijks één of meer survivalkampen georganiseerd waarbij jongeren worden voorgelicht en begeleiders via de activiteiten een goed beeld krijgen van het middelengebruik van de jongeren;
- er is een project gestart om ook met de sportverenigingen een convenant te sluiten over hun alcoholbeleid;
- instellingen die aan preventie willen doen kunnen direct hun materialen betrekken van de materialenbank van het Platform;
- de stichting 'De Brug' organiseert zelfstandig het 'Straatwerk' dat wil zeggen dat jongeren op hangplekken bezocht worden met preventie.
- het platform startte in het najaar van 2008 met de 'Campagne alcohol en drugs' De campagne loopt van 2008-2010 en probeert via alle leefgebieden (scholen, (sport)verenigingen, jeugdsocieteiten, kerken etc.) van jongeren te wijzen op de gevaren van het gebruik van drugs en overmatig alcohol.

De meeste van deze activiteiten richten zich op zowel alcohol als drugs maar veel minder op tabak. Preventie heeft in Katwijk veel raakvlakken en/of overlap met de terreinen hulpverlening (via vroegsignalering), handhaving, beleid en onderzoek:
- door het Platform zijn met de politie en gemeente in het recente verleden acties georganiseerd om de gevaren van alcoholgebruik bij fietsers en bromfietsers onder de aandacht te brengen en te bestrijden;
- het Platform is met de politie in overleg over het opnieuw toepassen van het artikel 252 van het Wetboek van Strafrecht (doorschenken aan dronken personen);

- in het recente verleden is het Platform gevraagd om haar advies over de Algemene Plaatselijke Verordening en de lokale horecaverordening;
- vanuit het Platform is een nota naar de Tweede Kamer gestuurd waarin aanbevelingen zijn gedaan voor wetgeving m.b.t. alcohol. De lokale mogelijkheden zijn nu beperkt;
- vanuit het Platform is een onderzoek geïnitieerd en georganiseerd naar het drinkgedrag van uitgaanders (Meetkeet) en drinkgedrag van jongeren onder de 16 jaar (VIKS).

De gemeenteraad van de gemeente Katwijk heeft in juli 2008 de Kadernota Verslavingsbeleid 2009-2013 vastgesteld, waarin de uitgangspunten en kaders van het verslavingsbeleid staan. Onder het kopje preventie zijn de volgende kaders vastgesteld:

1. Het gebruik van alcohol en drugs bij jongeren onder de 16 jaar voorkomen.
2. Voorkomen van overmatig alcoholgebruik en tegengaan van drugsgebruik bij jongeren onder de 23 jaar.
3. Ouders, opvoeders en jongeren bewust maken van de negatieve gevolgen van alcohol- en drugsgebruik bij jongeren en de mogelijkheden om overmatig alcoholgebruik te voorkomen en drugsgebruik tegen te gaan.
4. Bevorderen dat risicovol genotmiddelengebruik vroegtijdig wordt gesignaleerd en hierop interventiemethoden worden ontwikkeld en uitgevoerd.
5. Voorkomen van overmatig alcoholgebruik en het tegengaan van drugsgebruik in alle leeftijdscategorieën.

In het voorjaar van 2009 zal er een werkplan van 2009-2013 worden opgesteld, waarin wordt beschreven op welke manier er invulling gegeven gaat worden aan deze kaders.

Rol huisartsen:
Alhoewel de huisartsen een curatieve rol hebben, zoeken zij aansluiting op het preventieve door samen te werken met organisaties als de AA, Stichting De Brug en Brijder. Ook neemt een vertegenwoordiger van de huisartsen deel aan Platform Kocon, zodat er directe informatie-uitwisseling kan plaatsvinden en er aansluiting gerealiseerd kan worden tussen preventie en curatie.

6.4.4 Wat willen we bereiken?

Wij willen een afname bewerkstelligen van het overmatige alcoholgebruik onder jongeren. Jongeren onder de 16 jaar dienen geen alcohol te drinken. Jongeren boven de 16 jaar moeten bewuster en verantwoord omgaan met alcohol. Ouders spelen hierbij met hun voorbeeldgedrag een belangrijke rol en moeten weten wat de negatieve effecten zijn van alcoholgebruik op hun opgroeiende kind.
We willen dat meer mensen stoppen met roken en dat het aantal potentiële gebruikers afneemt. Door de invoering van de wijzigingen in de Tabakswet (2002) wordt de horeca rookvrij. Met het niet-rokenbeleid willen we rokers stimuleren te stoppen met roken, niet-rokers beschermen tegen tabaksrook en willen we voorkomen dat jongeren gaan roken.

De huisartsen continueren hun curatieve rol en werken samen met door de gemeente ondersteunde organisaties als de AA, Stichting De Brug en Brijder. Afstemming tussen Platform Kocon en de huisartsenpraktijk blijft plaatsvinden.

6.4.5 Op wie richten we ons?

We willen ons in de aankomende periode vooral richten op een 'beschermende omgeving' voor de jongeren onder 16 jaar: dat wil zeggen dat de volwassenen die een rol spelen bij het opvoeden hun verantwoordelijkheid nemen. Dat doen ze door het goede voorbeeld te geven, regels te stellen en te handhaven en verder tijd, aandacht en zorg te besteden aan de jongeren. Volwassenen die een rol spelen bij het opvoeden zijn natuurlijk ouders maar ook docenten jongerenwerkers, elftalleiders en politie.
Het voorlichten van de jongeren en hun weerbaarheid versterken blijft van belang maar het accent komt veel sterker te liggen op de verantwoordelijkheid van de volwassenen; goed voorgelichte jongeren onder 16 zijn lang niet altijd in staat ook gezonde keuzes te maken.
Ten aanzien van roken richten we ons met een ontmoedigingsbeleid op de huidige rokers en met preventieactiviteiten op de jeugd.

Actiepunten Genotmiddelengebruik:

1. De huidige preventieactiviteiten van de GGD HM en Platform Kocon in het onderwijs worden gecontinueerd;
2. De gemeente heeft scholen die nog niet deelnemen aan de preventieactiviteiten t.a.v. genotmiddelengebruik van de GGD HM gestimuleerd om te participeren;
3. De gemeente heeft lokaal aangesloten bij de landelijke campagne met betrekking tot alcoholgebruik onder de 16. En heeft er tevens voor gezorgd dat deze campagne lokale media-aandacht krijgt;
4. Ouders van schoolgaande jeugd zijn geïnformeerd en worden aangezet hun verantwoordelijkheid te nemen in de opvoeding m.b.t. het alcoholgebruik van hun kind door met name ook alcoholgebruik onder 16 jaar te voorkomen;
5. De gemeente heeft een werkplan verslavingsbeleid 2009 – 2013 opgesteld en heeft dit beleid uitgevoerd;
6. De gemeente heeft beleidsmaatregelen getroffen met sportverenigingen om een alcoholmatigingsbeleid te hanteren: kritischer schenkgedrag, minder aantrekkelijke prijsstelling, uitbreiding van het niet-alcoholische aanbod en beperking van de schenktijden.
7. De gemeente heeft gebruik gemaakt van de nieuwe bevoegdheden die voortvloeien uit de aankomende nieuwe Drank- en Horecawet:
   - De gemeente Katwijk is aangewezen door het Ministerie als gemeente die de pilot lokale handhaving van de Drank- en Horecawet mag uitvoeren en is inmiddels gestart. De pilot duurt twee jaar. Dit moet er met name sterk aan bijdragen dat verkoop van alcohol aan jongeren onder 16 jaar wordt voorkomen;
   - De gemeente verhoogt de leeftijdsgrens voor de verkoop van zwak-alcoholische dranken naar 18 jaar (indien dit mogelijk wordt bij wijze van proef dan wel door een wetswijziging);
8. De gemeente heeft aangesloten bij de landelijke campagne m.b.t. antirookcampagnes door lokaal activiteiten in te zetten en heeft ervoor gezorgd dat deze campagne lokale media-aandacht krijgt;
9. Binnen de bestaande projecten wordt meer aandacht besteedt aan het onderwerp tabak.
10. De gemeente heeft de antirook cursussen van GGD HM en de thuiszorg onder de aandacht gebracht.

6.5 Overgewicht en Diabetes

6.5.1 Probleemomschrijving

Overgewicht

Overgewicht is in de Westerse wereld een explosief groeiend probleem voor de volksgezondheid. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen dat te zwaar is snel. 40% van de volwassenen heeft overgewicht en 10% is obees (ernstig overgewicht). Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Ernstig overgewicht hangt samen met tal van ziekten zoals diabetes mellitus 2, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsstelsel en aandoeningen aan de ademhalingsorganen. De jaarlijkse directe kosten (kosten van de gezondheidszorg) in Nederland van ernstig overgewicht worden geschat op 0.5 miljard euro, terwijl de indirecte kosten (ziekteverzuim, productieverlies, uitkeringslasten en maatschappelijke kosten) geschat worden op 2 miljard euro.

Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht zal naar schatting de komende 20 jaar met 50% toenemen. Maar ook het percentage mensen met overgewicht in het algemeen (matig plus ernstig overgewicht) zal verder stijgen. Deze verwachting is onder andere gebaseerd op de huidige trend bij kinderen. Kinderen met overgewicht hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd (ernstig) overgewicht te hebben. De omgeving blijft zodanig veranderen dat het steeds eenvoudiger wordt om te kiezen voor een hogere energie-inname en een lager energieverbruik. Overgewicht wordt met name veroorzaakt door een disbalans tussen voeding en beweging. Landelijk voldoet ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking tussen de 18 en 55 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor volwassenen.

Ook landelijk voldoen de meeste jongeren (12-17 jaar) niet aan de norm die voor hun leeftijdsklasse geldt: 77%. In Zuid-Holland Noord zijn de jongeren dus minder actief dan jongeren in de rest van het land, maar de volwassenen zijn juist wat actiever.

Diabetes

Diabetes mellitus, ofwel suikerziekte, is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam niet meer het vermogen heeft glucose om te zetten in energie. De symptomen en complicaties (hart- en vaatziekten, blindheid, gezichtsstoornissen, nierziekten en gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen) kunnen de kwaliteit van leven sterk verminderen. Type 1 diabetespatiënten kunnen niet van hun ziekte 'genezen'. Alleen bij patiënten met type 2 en overgewicht is het mogelijk door middel van gewichtsreductie en meer beweging een verbetering te bewerkstelligen. Bijna één op de twintig Nederlanders heeft diabetes (zie ook hoofdstuk 5). De laatste tien jaar zijn meer diabetespatiënten opgespoord door een actievere opsporing door huisartsen en door campagnes van het Diabetes Fonds. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het aantal personen met diabetes tussen 2005 en 2025 met 33% zal stijgen. Daarnaast is het waarschijnlijk dat het aantal patiënten met diabetes nog harder zal stijgen door de toename van het aantal mensen (ook jongeren) met ernstig overgewicht en lichamelijke inactiviteit.

6.5.2 De lokale situatie

Het overgewicht van de inwoners in Katwijk neemt met de leeftijd toe van 13% bij 3-jarigen tot 21% bij 10-11 jarigen, waarna er weer een daling te zien is bij oudere tieners. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 67% van de 50-64 jarigen. Bij alle leeftijdsgroepen hebben Katwijkers vaker overgewicht dan in ZHN.

Bij ernstig overgewicht is dezelfde stijging te zien, ook hier zijn de percentages in Katwijk hoger dan in ZHN (het percentage is bij 50-64 jarigen gestegen tot 21% (versus 13% in ZHN).Tot ongeveer 12 jaar hebben meisjes in ZHN vaker overgewicht dan jongens. Daarna komt overgewicht meer voor bij jongens en mannen.

In Katwijk voldoet ruim een derde van de volwassenen niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen[8] en 10% van hen is inactief (minder dan één dag per week 30 minuten bewegen). In Katwijk zijn meer volwassenen inactief dan in ZHN.

Onder 65-plussers haalt 45% de norm niet en is 24% inactief. Voor jongeren is de norm veel hoger dan voor volwassenen[9]; van de 12-17 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk haalt 90% de gestelde norm niet.

Van de 12-26 jarigen in het cluster eet 83% niet dagelijks groente en fruit (door de week). Dit percentage is gestegen vergeleken met vijf jaar ervoor. Het percentage verschilt nauwelijks binnen de leeftijdsgroepen.

Een klein deel van de 12-26 jarige jongeren in ZHN geeft aan diabetes te hebben (0,2%). Bij de volwassenen in Katwijk heeft 3,4% diabetes en bij de 65-plussers 16%. In Katwijk hebben meer ouderen diabetes dan in ZHN, maar het percentage is vergelijkbaar met Nederland. Diabetes komt even vaak voor bij mannen als bij vrouwen.

De cijfers over het aantal mensen dat overlijdt aan diabetes zijn onbetrouwbaar omdat deze mensen vaak sterven aan complicaties zoals een hartinfarct of beroerte.

6.5.3 Wat gebeurt er al?

De afgelopen vier jaar heeft de gemeente zich al ingezet om overgewicht van haar burgers te verminderen. In de periode 2003-2006 heeft de GGD in de regio al een meerjarenprogramma bewegingsstimulering uitgevoerd. De regionale focus lag voorheen vooral op bewegen maar is vanaf 2007 uitgebreid met voeding. Gedurende 2007-2010 voert de GGD HM in Zuid-Holland Noord het meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' uit. Daarnaast heeft de GGD ook de handreiking *Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht* samengesteld. Hierin wordt uitgebreid beschreven welke instrumenten gemeenten op verschillende beleidsterreinen kunnen inzetten. Voorbeelden van campagnes waar lokaal activiteiten voor ontplooid kunnen worden zijn:

- de 'Wat Eet en Beweeg Ik bus'. In deze bus wordt uitleg gegeven over het evenwicht tussen gezond eten en voldoende bewegen;
- 'FLASH! Elke dag in actie in Zuid-Holland Noord' is uitgevoerd in de periode 2003-2006 door de GGD;
- de '30 minuten bewegen' campagne. Dit is een campagne die bewegen en sporten voor verschillende doelgroepen stimuleert;
- in 2009 wordt het project Okido (na een pilot in 2008) op scholen aangeboden;

[8] De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor volwassenen is minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen. Matig intensief bewegen omvat lopen, fietsen, (stevig) wandelen, sporten maar ook huishoudelijk- of kluswerk wat niet zittend gedaan wordt. De grens van wat 'matig intensief' bewegen is, is lager voor volwassenen vanaf 55 jaar dan voor volwassenen onder de 55 jaar.

[9] De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor jongeren (tot 18 jaar) is zeven dagen per week minimaal een uur matig intensief bewegen, waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid.

- in 2009 wordt het product "Maathouden" afgenomen.

Door hun directe invloed op de fysieke omgeving ligt er voor de gemeente een kans in de bewegingsstimulering. De beleidsterreinen ruimtelijke ordening, verkeer en vervoer verdienen hier een aparte vermelding: juist door de omgeving zo in te richten dat mensen meer en makkelijker bewegen, wordt verondersteld dat de balans tussen energie-inname en energieverbruik eerder bereikt wordt. De handleiding 'Bewegingsbevorderende en veilige wijken' van het RIVM biedt de gemeente tal van aanbevelingen voor het gezond inrichten van wijken (de handreiking is ontwikkeld tijdens het project 'Tot bewegen bewogen', dat onder andere in de gemeente Voorhout heeft plaatsgevonden). Het onlangs verschenen RIVM-rapport 'Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging' bevat de meest kansrijke maatregelen voor het gunstig beïnvloeden van de totale leefomgeving.

De gemeente heeft zelf nog niet eerder concrete aandacht gehad voor het onderwerp diabetes. Momenteel wordt er een nieuw project door de thuiszorg opgestart voor mensen met (een hoog risico op) diabetes. Ook wordt er in verschillende gezondheidscentra in de regio extra aandacht besteed aan chronisch zieken, o.a. aan patiënten met diabetes.

De Nederlandse Diabetes Federatie heeft de "Routeplanner Diabetespreventie" ontwikkeld, een stappenplan voor de opvang van hoogrisicogroepen. Door leefstijlinterventies (voorlichting, begeleiding en doorverwijzing naar leefstijlaanbod) wil men gezond gedrag bevorderen en daarmee DM2 uitstellen of voorkomen. De GGD HM en REOS doen samen met twee andere regio's mee aan het implementatieproject hiervan. In Katwijk neemt namens de huisartsen een huisartsenpraktijk hier deel aan. Dit houdt in dat de huisartsenpraktijk hoog-risicogroepen op diabetes opspoort en verwijst naar de Praktijkondersteuner, die de patiënt met behulp van de "Routeplanner Diabetespreventie" begeleidt bij het ontwikkelen van een gezonde leefstijl.

Ook andere huisartsen in de gemeente Katwijk werken met praktijkondersteuners, die intensief mensen met diabetes II begeleiden. Deze begeleiding bevat alle deelaspecten, inclusief het stimuleren van bewegen. De huisartsen hebben zich geconformeerd aan de doelstellingen zoals neergelegd in STERK (Stichting Eerstelijns Regionale Ketenzorg). Ketenzorg is reeds tot stand gekomen, o.a. door afspraken met diëtisten, fysiotherapeuten (inclusief bewegingsprogramma's), pedicures, ziekenhuizen. Daarnaast hebben de huisartsen in 2008 een primair preventieproject en een gezondheidscheck ontwikkeld, die in de praktijk worden getest.

6.5.4 Wat willen we bereiken?

We willen dat er meer bewustwording ontstaat van het probleem overgewicht. Omdat mensen in de nabije omgeving steeds zwaarder worden, worden de verschillen steeds kleiner.
Vooral de stijging van het aantal te zware mensen moet gaan afnemen. Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen en het percentage volwassenen met overgewicht mag en kan niet meer toenemen. Mensen met overgewicht maar ook mensen zonder overgewicht moeten de Nederlandse Norm Gezond Bewegen halen en gezonder gaan eten.
De noodzakelijke samenhang tussen preventie en curatie in de aanpak van diabetes vraagt om lokale betrokkenheid. Bij diabetes is er veel gezondheidswinst te behalen door het voorkómen of uitstel van ontstaan van diabetes. We willen meer bekendheid geven aan deze ziekte en het belang van preventie, gezien de enorme toename van diabetici. We willen er voor zorgen dat er meer afstemming plaatsvindt tussen verschillende activiteiten. We willen de kwaliteit van leven van mensen met diabetes, bijv. door goede zorg en vroegsignalering, verbeteren.

De huisartsenpraktijk continueert de ketenzorg, o.a. door afspraken met diëtisten, fysiotherapeuten (inclusief bewegingsprogramma's), pedicures, ziekenhuizen. Aangezien bewegingsprogramma's vanuit de fysiotherapie tijdelijk zijn, is het van belang dat de patiënt zijn gezonde leefstijl kan continueren in het dagelijkse leven. De gemeente kan hier aan bijdragen door het realiseren van toegankelijk en betaalbaar beweegaanbod in de wijk (via het welzijnswerk). Goed overleg met de huisartsen en een heldere visie op elkaars werkzaamheden is hierbij van belang.

6.5.5 Op wie richten we ons?

De volgende doelgroepen krijgen de aandacht: basisonderwijs, voortgezet onderwijs, ouderen en chronisch zieken, algemeen publiek, mensen met overgewicht en intermediaire doelgroepen.
Betreffende diabetes richten we ons met preventie in eerste instantie op de mensen met risicofactoren voor diabetes. Dit zijn ouderen met overgewicht (45^{+} ers), mensen met een lage sociaal economische status, allochtonen met een bovenmatig risico en zwangere vrouwen. Daarnaast richten we ons op de diabetes type II patiënt en op mensen die al diabetes hebben maar dat nog niet weten.

Actiepunten Overgewicht en Diabetes:

1. De gemeente heeft de huidige regionale activiteiten en initiatieven ten aanzien van gezond eten, bewegen en overgewicht ondersteund en hiervoor lokale publiciteit gegenereerd;
2. De gemeente heeft het huidige aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten (leefstijlaanbod) in kaart gebracht en onder de aandacht gebracht bij de verschillende doelgroepen;
3. De gemeente heeft samen met andere relevante partijen (bijv. scholen PO/VO en de GGD) de modulen 'Eet- en beweegbeleid op school' en 'Informatie en advies onderwijs' afgenomen uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM;
4. De gemeente heeft lokaal aangesloten bij de landelijke campagnes op het gebied van gezond eten en bewegen;
5. De gemeente heeft samen met scholen het Okido!-project en het project 'Maathouden' van de GGD HM afgenomen;
6. De gemeente heeft bij huisvestingsplannen op de lange termijn of bij het aanleggen van nieuwe wijken, schoolpleinen of gebouwen geadviseerd hoe de omgeving zo ingericht kan worden dat mensen meer en makkelijker kunnen bewegen;
7. De gemeente heeft woonzorgcentra geïnformeerd over de mogelijkheden rondom bewegen voor groep 70-74 en 75^{+}ers;
8. De gemeente heeft de stimulerende en aansturende rol op zich genomen om partijen bijeen te krijgen, zodat de aansluiting tussen preventie en zorg van diabetes op lokaal niveau optimaal is en sluit hierbij zoveel mogelijk aan op datgene wat al plaatsvindt.
9. De GGD/gemeente en REOS hebben deelgenomen aan het diabetespreventieproject "Routeplanner Diabetespreventie" van de Nederlandse Diabetes Federatie. Dit uiteraard in goede afstemming met de pilot "Taskforce" binnen de gemeente Katwijk.
10. De gemeente heeft kennis genomen van de huidige werkwijze van huisartsen en praktijkondersteuners om mensen die meer moeten bewegen voor te schrijven meer te gaan bewegen. Nadat de gemeente dit gedaan heeft, heeft zij zo nodig hiaten onder de aandacht gebracht (dit kan tevens met aandacht voor Geestelijke Gezondheid).

Om preventie en zorg meer op elkaar aan te laten sluiten zijn ook instanties en organisaties (die hierin een rol spelen) belangrijke partijen om te benaderen.

6.6 Geestelijke Gezondheid

6.6.1 Probleemomschrijving

Eenzaamheid

Eenzaamheid is een ervaren verschil tussen de kwaliteit van de relaties zoals men die nu onderhoudt en de relaties zoals men die voor zichzelf zou wensen. Eenzaamheid is een complex probleem: eenzaamheid kent verschillende vormen en oorzaken, is vaak het gevolg van opeenvolgende gebeurtenissen in iemands levensloop en personen op hoge leeftijd zijn vaak niet makkelijk te activeren. Voor eenzame ouderen is de drempel hoog om gebruik te maken van bestaand aanbod. Eenzame ouderen hebben over het algemeen een klein sociaal netwerk waar op ze terug kunnen vallen voor hulp als ze dat nodig hebben. Dit betekent dat zij eerder professionele hulp zullen vragen.

Daarnaast leidt eenzaamheid tot een groter beroep op ondersteuning, zorg en welzijnsvoorzieningen, omdat eenzaamheid ook leidt tot een slechtere kwaliteit van leven en gezondheidsproblemen zoals stressreacties, hoofdpijn, slaapstoornissen, maagpijn en spierspanningen.

Depressie

Depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste deel van de dag, gedurende minimaal twee weken.

Daarnaast beïnvloeden andere klachten iemands functioneren zoals slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, problemen met concentratie, piekeren over de dood en zelfdoding. Een depressie duurt gemiddeld zes maanden; bij 14% van de mensen met een depressie duurt de ziekte langer dan twee jaar. De mogelijke gevolgen van depressie zoals verzuim, eenzaamheid, gedragsproblemen, overlast

zijn een groot probleem. Met de vergrijzing en de ontwikkeling dat ouderen steeds langer zelfstandig blijven wonen, neemt ook de omvang van eenzaamheid bij ouderen toe.
Depressie is ook na herstel niet altijd voorgoed weg: iemand die depressief is geweest kan dat gemakkelijk weer worden. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. Depressie is in 8% van de gevallen de veroorzaker van angststoornissen. Voor alcoholmisbruik is dit 27%. Omgekeerd: angststoornissen leiden in 66% van de gevallen tot een depressie, bij alcoholmisbruik is dat 59%.

6.6.2 De lokale situatie:

Ruim een derde van de zelfstandig wonende ouderen in Katwijk (36%) is matig eenzaam en 3,5% ernstig eenzaam. In Katwijk zijn minder ouderen ernstig eenzaam dan in ZHN. Vrouwen zijn vaker ernstig eenzaam dan mannen en met de leeftijd neemt de groep eenzamen toe. Alleenstaanden zijn vaker eenzaam dan ouderen die niet alleen wonen (ruim de helft van de alleenstaanden is eenzaam versus een derde van de samenlevenden), 15% is zelfs ernstig eenzaam. Van de alleenstaande ouderen die daarnaast ook één of meerdere lichamelijke beperkingen of chronische ziekten hebben en moeite hebben met rondkomen (2% van de 65-74 jarigen en 5% van de 75-plussers) is zelfs een kwart erg eenzaam. Het aantal alleenstaanden zal landelijk de komende jaren met 40% toenemen tot 2050. In 2050 is naar schatting 43% van de huishoudens een eenpersoonshuishouden ten opzichte van 35% in 2005. Deze toename is onder andere een gevolg van de voortschrijdende vergrijzing (meer ouderen, en ouderen wonen relatief vaak alleen).

Bijna een op de vijf 12-17 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk heeft een indicatie voor psychosociale problemen (18%) en 6,4% geeft aan depressief te zijn. Van de zelfstandig wonende 19-95 jarigen in Katwijk heeft ruim een derde matige angst- of depressieve klachten. Bij 6,5% van de volwassenen en 7,7% van de ouderen zijn de klachten zó ernstig dat ze een behandeling nodig hebben. Ernstige angst- of depressieve klachten komen in Katwijk vaker voor dan in ZHN. De klachten komen op elke leeftijd ongeveer even vaak voor, alleen bij 75-plussers is het percentage hoger.

6.6.3 Wat gebeurt er al?

Het regionale platform OGGZ heeft eenzaamheid bij ouderen tot speerpunt benoemd. In 2005 heeft de GGD HM, zowel voor aanbieders van zorg en welzijn als voor gemeenten, kansen voor preventie van eenzaamheid in kaart gebracht. Gemeenten kunnen onder meer bijdragen aan de vermindering van eenzaamheid vanuit het welzijns- en ouderenbeleid maar ook door het waarborgen van een goede sociale en fysieke woonomgeving waarin mensen zich veilig voelen en elkaar makkelijk ontmoeten.
In 2006 heeft GGD HM in een vervolgproject een start gemaakt met het versterken van een preventieve aanpak van eenzaamheid en depressie. In Oegstgeest en Teylingen zijn bijeenkomsten geweest met vertegenwoordigers van ondermeer welzijns- en zorginstellingen en ouderenbonden. GGD HM en GGZ Leiden e.o. hebben het initiatief genomen tot een tweejarig depressiepreventieproject in Leiden-Zuidwest. Zij worden daarbij ondersteund door het Trimbos-instituut, dat de Integrale Aanpak Depressiepreventie (IAD) heeft ontwikkeld. De IAD beoogt de organisatie van een lokaal samenwerkingsverband. Het doel is verbetering van het vroegtijdig signaleren van ouderen die een risico hebben voor depressie of al klachten hebben. Vervolgens is het tot stand brengen van een goed doorverwijsproces van belang. Daarnaast staat centraal dat deze mensen worden bereikt met effectieve interventies en best practices. GGD HM biedt ook in 2007 ondersteuning aan gemeenten die aan de slag willen met de preventie van eenzaamheid en depressie bij ouderen.
De verschillende GGZ-instellingen in de omgeving maar ook de thuiszorg en maatschappelijk werk hebben een eigen aanbod op het gebied van depressie en eenzaamheid. Deze interventies[10] zijn er voor zeer verschillende en uiteenlopende doelgroepen.
De Stichting Welzijn Ouderen Katwijk (SWOK) levert een aantal diensten zoals de ouderenadviseur en signalerende huisbezoeken. De ouderenadviseur fungeert als een vertrouwenspersoon die ouderen kan helpen en ondersteunen bij bijvoorbeeld gevoelens van eenzaamheid, verlies van partner of andere diebaren. Ook familieleden of kennissen van een oudere kunnen contact opnemen voor informatie, advies, begeleiding en ondersteuning.
Samen met de thuiszorg wordt er geprobeerd proactief psychische problematiek en eenzaamheid te signaleren Verder verricht de SWOK ook signalerende huisbezoeken met als doel ouderen, die niet of in onvoldoende mate door de hulp- en dienstverlening bereikt worden te informeren over voorzieningen en mogelijkheden.

[10] Een overzicht van interventies is te vinden in de "Regionale Leeflijnen 2006" van de GGD Hollands Midden.

Ook de huisartsen in Katwijk zetten zich van oudsher actief in op het gebied van de geestelijke gezondheid. Naast de dagelijkse praktijk, doen zij dit ook in projectmatige zin, zoals:

- Deelname aan het onderzoek "Promode" van het LUMC, welke zich richtte op het signaleren van depressie bij ouderen en het vervolgens aanbieden van een behandeling.
- Voortzetten van de signaleringsfunctie n.a.v. genoemd onderzoek en hier actief behandelingen op aanbieden.
- Start van het werken met Praktijkondersteuners GGZ, waarbij ouderen een expliciete doelgroep vormen. Hierdoor zal het opzetten van ketenzorg, met 1.een goede consultatieve functie voor de geriater, 2. afspraken met de verzorgings- en verpleeghuizen, 3. afspraken met de thuiszorg en 4. afsrpaken met de GGZ verder gestimuleerd worden.

6.6.4 Wat willen we bereiken?

Ouderen die eenzaam zijn, gaan meer deelnemen aan de samenleving. Daarnaast dienen professionals en organisaties in de wijk eenzaamheid beter te signaleren.
Depressiepreventie moet beter worden ingebed in het lokale beleid en in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast moet de taboesfeer rondom depressie worden doorbroken. We willen zorgen voor een groter bereik van de bewezen effectieve interventies.

Het voortzetten van de genoemde acties vanuit de huisartsen acht de gemeente van groot belang, Goed overleg tussen de gemeente en de huisartsen en een heldere visie op elkaars werkzaamheden is hierbij belangrijk.

6.6.5 Op wie richten we ons?

We richten ons op ouderen die risico lopen op eenzaamheid: alleenstaanden, recente weduwen/weduwnaren, ouderen die nog zelfstandig wonen, ouderen met lichamelijk beperkingen of chronische ziekten.
Daarnaast moet de eerstelijnszorg betrokken worden zodat signalen van eenzaamheid eerder worden opgepikt en dat men sneller op de juiste plaats terecht komt.
We richten ons op mensen met depressieve klachten die risico lopen op een echte depressieve stoornis. Ook op het gebied van depressie moeten preventie en zorg beter op elkaar aansluiten en daarom zijn instanties en organisaties (die hierin een rol spelen) belangrijke partijen om te benaderen.

Actiepunten Geestelijke Gezondheid:

1. De gemeente heeft gebruik gemaakt van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie. Hiermee heeft de gemeente een integrale aanpak ontwikkeld die afgestemd is op de eigen gemeente. Depressie en eenzaamheid bij ouderen kunnen integraal worden aangepakt;
2. De gemeente heeft voor het depressiepreventiebeleid een verbinding gelegd met het beweegcomponent (zie ook 'Overgewicht en Diabetes').
3. De gemeente heeft initiatieven gestimuleerd en ondersteund op het gebied van sociale preventie zoals vrijwilligerswerk, welzijnsactiviteiten, activerende huisbezoeken, aanleg van netwerken, activering tot participatie met dagbesteding of intergeneratie-projecten;
4. De gemeente heeft de eerste lijn gestimuleerd om het systeem om eenzame ouderen tijdig in beeld te krijgen te verbeteren en gebruik te maken van het voor hen juiste aanbod, ook wat betreft de "jongere" oudere (vanaf 55 jaar): een betere probleemanalyse, verwijzing en meer kennis van de sociale kaart;
5. De gemeente heeft coaching/deskundigheidsbevordering aangeboden aan intermediairen en hulpverleners die met ouderen werken waardoor de signaleringsvaardigheden en meldingsbereidheid versterkt is;
6. De gemeente heeft voor meer bewustwording en signalering van eenzaamheid en depressie gezorgd door hier aandacht aan te schenken op de gemeentepagina en middels de lokale media;
7. De gemeente heeft gestimuleerd dat ook de sociale omgeving melding maakt van een eenzame oudere door meldingsmogelijkheid bij het zorgloket;
8. De gemeente heeft waar mogelijk effectieve interventies ingezet zoals bijv. 'Vriendschapscursus' en 'Escape' en best-practices in. Vooral cursussen via internet kunnen meer mensen bereiken dan groepscursussen. De drempels bij internetcursussen zijn vrij laag: mensen kunnen op zelfgekozen momenten, in eigen tempo, met maximale privacy aan de slag.

7 Uitvoering van de nota

7.1 Uitvoering

In deze nota is het lokaal gezondheidsbeleid voor de aankomende vier jaren in hoofdlijnen beschreven. Hiermee stelt de gemeenteraad de kaders voor het gezondheidsbeleid. Voor de uitvoering van de nota zullen per beleidsprioriteit meer gedetailleerde uitvoeringsplannen worden opgesteld. In deze plannen zullen de uitgewerkte activiteiten, de doelgroepen, externe en interne betrokken partijen en het budget staan. Deze plannen zullen ter vaststelling worden voorgelegd aan het college.

7.2 Communicatie

Goede communicatie is een randvoorwaarde voor het welslagen van de uitvoering van deze nota. We onderscheiden in dat verband de communicatie naar:

1. Burgers van Katwijk.
2. Instellingen en organisaties die samen met de gemeente het gezondheidsbeleid kunnen uitvoeren.
3. Interne afdelingen binnen de gemeente.

Eigenlijk moet iedereen die een beslissing neemt gerelateerd aan gezondheid de gevolgen voor de gezondheid mee laten wegen. Ook de burger kan kiezen voor meer en minder gezond gedrag. Gezondheidsvoorlichting, dus communicatie, kan de burger helpen een gezonde keuze te maken. Daarnaast zal de gemeente actief bekendheid geven aan het gezondheidsbeleid van de gemeente via de website en persberichten.

Communicatie naar maatschappelijk betrokken organisaties is belangrijk. Zij fungeren als klankbordgroep én zijn partners in het uitvoeren van het gezondheidsbeleid. De gemeente zal afhankelijk van het onderwerp gericht instellingen betrekken bij de uitvoering van deze nota. Dit zullen we doen door deze organisaties uit te nodigen voor overleg en samenwerking. Daarnaast zullen wij hen informeren over de activiteiten die ontwikkeld worden. Zonder compleet te willen zijn noemen we hier de scholen, het jongerenwerk, de sportverenigingen, de aanbieders van alcohol en de aanbieders van zorg en welzijn in de gemeente.

Tot slot is ook interne communicatie belangrijk. Gezondheid bestrijkt meerdere beleidsterreinen en gezondheid zou ook een rol moeten spelen bij beslissingen. Voor zover relevant zullen diverse afdelingen betrokken worden bij de uitvoering van deze nota. Naast het gezondheidsbeleid wordt vooralsnog gedacht aan de beleidsterreinen ruimtelijke ordening, jeugdbeleid, ouderenbeleid, sport, wijkwerk, horeca, veiligheid en vergunningverlening.

7.3 Evaluatie

Het effect of resultaat van lokaal gezondheidsbeleid is vaak niet meteen zichtbaar. Gezien het feit dat sommige effecten moeilijk aan te tonen zijn en we het daarbij soms over tientallen jaren hebben voordat er resultaat verwacht mag worden, is het ook lastig om gezondheidsbeleid te evalueren. De gemeente moet daarom realistische doelen stellen bij de verschillende activiteiten.

Er bestaan drie soorten doelen:

1. Doelen die zich niet lenen tot meten/evalueren. Bij deze doelen kan er alleen informatie worden verstrekt over de voortgang van de activiteiten. Wanneer de activiteiten zijn uitgevoerd kan worden aangenomen dat deze hebben bijgedragen aan het resultaat.
2. Doelen die zodanig SMART[11] te formuleren zijn dat vooraf duidelijk is, wanneer het doel bereikt is. Vaak betekent dit wel dat, voordat de interventie wordt ingezet, er een nulmeting moeten worden uitgevoerd.
3. Doelen die zich lenen voor een inhoudelijke evaluatie. Hiertoe dient een apart onderzoeksvoorstel te worden uitgewerkt. Een dergelijk onderzoek heeft een meerjarig karakter en vereist een goed meetsysteem.

Voor de gemeente is het belangrijk om te weten of de activiteiten zijn uitgevoerd zoals voorgenomen. Daarnaast kunnen SMART-geformuleerde doelen gemonitord worden. Verder voert de GGD HM in opdracht van de gemeente onderzoek uit naar de gezondheidssituatie van haar inwoners. Met behulp van deze gegevens kan bijvoorbeeld de huidige stand van zaken of over een bepaalde periode een trend weergeven worden.
Om over vier jaar, aan het einde van de looptijd van deze nota, een evaluatie te kunnen uitvoeren over het gevoerde beleid is het zaak dat wordt bijgehouden hoe de uitvoering is gegaan. Per beleidsprioriteit en activiteit kan er vervolgens lering uit worden getrokken en kunnen succesfactoren in een volgend programma worden meegenomen. Er is in paragraaf 7.5 een overzicht opgenomen waarin de doelstellingen en verwachte prestatie-indicatoren voor 2012 geformuleerd zijn.

7.4 Financiën

De gemeenteraad heeft in de begroting 2009 en in de meerjarenraming voor de komende jaren €10.000 per jaar gebudgetteerd voor de uitvoering van deze nota. Na vaststelling van deze nota zullen per beleidsprioriteit voorstellen gemaakt worden voor de uitvoering en de benodigde financiële middelen die ter vaststelling worden voorgelegd aan het college.

[11] SMART: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden.

7.5 Activiteitenplan

Opvoeding Jeugd

Doelstellingen Opvoeding Jeugd	De vroegtijdige signalering van problemen rondom kinderen is verbeterd. Er is beter inzicht in het hulptraject rondom een kind. De preventiedeskundigheid van professionals ten aanzien van (vroeg) signalering van problemen rondom een kind is toegenomen. Het aanbod van de opvoedingsondersteuning en hulpverlening is verbeterd en laagdrempelig.		
Onderwerp / activiteiten	**Prestatie-indicator**	**Verantwoordelijk / betrokken**	**Termijn**
De gemeente heeft een centrum voor jeugd en gezin gerealiseerd waar in ieder geval Bureau Jeugdzorg, Valent consultatiebureau JGZ 0-4 jaar, Jeugdgezondheidszorg 4 -19 jaar van de GGD HM, Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) in participeren.	De gemeente heeft het CJG ontwikkeld in samenwerking met de regio Bureau Jeugdzorg, Valent consultatiebureau JGZ 0-4 jaar, Jeugdgezondheidszorg 4 -19 jaar van de GGD HM, AMW, opvoedbureau en JPP	Gemeente afd. jeugd Bureau Jeugdzorg (deelname is nog onzeker), Valent consultatiebureau JGZ 0-4 jaar GGD HM Jeugdgezondheidszorg 4 -19 jaar, AMW, opvoedbureau, JPP	2009
	De gemeente heeft het CJG gerealiseerd.	Gemeente afd. jeugd Bureau Jeugdzorg, Valent consultatiebureau JGZ 0-4 jaar GGD HM Jeugdgezondheidszorg 4 -19 jaar, AMW	2009
De gemeente heeft gezorgd voor bekendheid van het centrum voor jeugd en gezin. Hierdoor weten organisaties die met jongeren werken, waar ze terecht kunnen met hun individuele zorgen om jongeren, zowel qua melding als qua advies.	Er zijn in de lokale media artikelen geplaatst in het kader van het CJG.	Gemeente afd. jeugd	2009
De gemeente heeft de samenwerking tussen CJG en huisarsten gestimuleerd. Ook afstemming tussen de back-office van het CJG en het huisartsenproject "vroeg-diagnostiek" is nagestreefd.	De gemeente heeft een informatieve bijeenkomst georganiseerd voor de eerste lijn om draagvlak te creëren voor deelname aan het CJG.	Gemeente afd. jeugd	2009
	De gemeente heeft huisartsen schriftelijk op de hoogte gehouden van de ontwikkeling van het CJG.	Gemeente afd. jeugd	2009
De gemeente heeft verschillende instellingen, de Eerste Lijn, organisaties en scholen geïnformeerd over het belang van vroegsignalering en heeft coaching / deskundigheidsbevordering aangeboden aan intermediairen die met jongeren werken waardoor de signaleringsvaardigheden en meldingsbereidheid versterkt.	Intermediairen die met jongeren werken zijn schriftelijk geïnformeerd over het aanbod van het bevorderen van de preventiedeskundigheid ten aanzien van (vroeg)signalering en het belang van (vroeg)signalering.	Gemeente afd. jeugd	Jaarlijks

		Er is door de intermediairen die met jongeren werken een aanbod afgenomen om de preventiedeskundigheid ten aanzien van (vroeg)signalering te bevorderen.	Gemeente afd. jeugd	Start 2008. Doorlopend.
	De gemeente heeft de realisering van het Elektronisch Kinddossier (EKD) en de Verwijsindex (VIR) gefinancierd en geregisseerd.	Het EKD en de Verwijsindex zijn ontwikkeld zoals in regionaal verband afgesproken.	Gemeente afd. jeugd	VIR: 2009 EKD: 2011
		Het EKD en de Verwijsindex zijn gerealiseerd.	Gemeente afd. jeugd	2010
	De gemeente heeft gezorgd voor een sluitend en afgestemd aanbod van informatie, zorg en aanvullende activiteiten op het gebied van opvoeding jeugd.	Het EKD, de Verwijsindex en het CJG zijn gerealiseerd.	Gemeente afd. jeugd	2010/2011
		Instanties die werken met jongeren zijn door de gemeente op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen en functies van het EKD, de Verwijsindex en het CJG.	Gemeente afd. jeugd	In ieder geval jaarlijks
	Opvoedingsondersteuning is laagdrempelig gemaakt. De gemeente heeft hiervoor een adequaat preventief opvoedingsondersteuningsprogramma ingezet.	De gemeente heeft onderzocht welk opvoedingsondersteuningsprogramma geschikt is voor de gemeente.	Gemeente afd. jeugd	2009
		De gemeente heeft het gekozen opvoedingsondersteuningsprogramma geïmplementeerd.	Gemeente afd. jeugd	Doorlopend
		De gemeente heeft gezorgd voor bekendheid van het opvoedingsprogramma door artikelen te plaatsen in de lokale media.	Gemeente afd. jeugd	Jaarlijks

Genotmiddelengebruik

Doelstellingen Genotmiddelengebruik	
	Het gebruik van alcohol onder kinderen onder de 17 jaar is verminderd of gelijk gebleven ten opzichte van de gezondheidspeiling 2003.
	Het gebruik van alcohol onder volwassenen is verminderd of gelijk gebleven ten opzichte van de gezondheidspeiling 2005.
	Er zijn minder rokende jongeren en volwassenen. Dit percentage is gedaald ten opzichte van de peilingen vijf jaar ervoor.

Onderwerp/activiteiten	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk / betrokken	Termijn
De huidige preventieactiviteiten t.a.v. genotmiddelengebruik van de GGD HM en Platform Kocon in het onderwijs worden gecontinueerd.	Alle scholen zijn middels een brief van de GGD HM op de hoogte gebracht van het aanbod van de GGD HM.	Scholen Katwijk GGD HM	Doorlopend
	Alle scholen in de gemeente hebben deelgenomen aan de preventieactiviteiten van de GGD HM/ Stichting De Brug ten aanzien van genotmiddelen.	Gemeente afd. volksgezondheid Scholen Katwijk GGD HM Stichting De Brug	2009
De gemeente heeft scholen die nog niet deelnemen aan de preventieactiviteiten t.a.v. genotmiddelengebruik (van de GGD HM/Stichting De Brug) gestimuleerd om te participeren.	De gemeente heeft de GGD HM gevraagd om alle scholen middels een brief op de hoogte te brengen van het aanbod van de GGD HM.	Gemeente afd. volksgezondheid Scholen Katwijk GGD HM	2009
	Scholen die nog niet deelnemen aan de preventie-activiteiten zijn door de gemeente benaderd voor een eventueel adviesgesprek (evt. met de GGD HM).	Gemeente afd. volksgezondheid Scholen Katwijk Brijder/Stichting De Brug/Voorkom	2009
	Alle scholen in de gemeente hebben deelgenomen aan preventieactiviteiten van de GGD HM/Brijder/St. De Brug/Voorkom etc. ten aanzien van genotmiddelen.	Scholen Katwijk GGD HM	2009
De gemeente heeft lokaal aangesloten bij de landelijke campagne m.b.t. alcoholverkoop onder de 16. En heeft er tevens voor gezorgd dat deze campagne lokale media-aandacht krijgt.	Er zijn in de lokale media artikelen geplaatst in het kader van de campagne 'Alcohol onder de16, natuurlijk niet' en andere landelijke campagnes die in 2008-2012 actueel zijn.	Gemeente afd. volksgezondheid	Tijdens campagne 'Alcohol onder de 16, natuurlijk niet'.
Ouders van schoolgaande jeugd zijn geïnformeerd en worden aangezet hun verantwoordelijkheid te nemen in de opvoeding m.b.t. het alcoholgebruik van hun kind door met name ook alcoholgebruik onder 16 jaar te voorkomen.	Alle scholen zijn door de gemeente benaderd om mee te werken aan voorlichtingsavonden voor ouders.	Gemeente afd. volksgezondheid Scholen Katwijk GGD HM	2e en 3e kwartaal 2008. Vervolgens jaarlijks.

		Er is informatiemateriaal ontwikkeld voor de voorlichtingsavonden[12] voor ouders.	GGD HM	2e en 3e kwartaal 2008.
		Er zijn ieder jaar ouderavonden- of voorlichtingsavonden[10] georganiseerd voor ouders en leerlingen.	Gemeente afd. volksgezondheid Scholen Katwijk GGD HM	2e en 3e kwartaal 2008. Vervolgens jaarlijks
	De gemeente heeft een Werkplan Verslavingsbeleid 2009 – 2013 opgesteld en dit beleid uitgevoerd.	De gemeente heeft het werkplan opgesteld.	Gemeente Katwijk samen met Platform Kocon en GGD	2009
		Het werkplan is door de gemeente uitgevoerd.	Gemeente Katwijk, Platform Kocon	2009 en volgende jaren
	De gemeente heeft beleidsmaatregelen met sportverenigingen getroffen om een alcoholmatigingsbeleid te hanteren: kritischer schenkgedrag, minder aantrekkelijke prijsstelling, uitbreiding van het niet-alcoholische aanbod en beperking van de schenktijden. De gemeente stelt verdere voorwaarden aan het verlenen van vergunningen in het kader van de Drank- en horecawet.	De gemeente heeft een bijeenkomst georganiseerd voor sportfaciliteiten om draagvlak te creëren voor alcoholmatigingsbeleid.	Gemeente Katwijk Sportverenigingen	2009
		De gemeente heeft sportverenigingen begeleid om te komen tot een alcoholmatigingsbeleid.	Gemeente Katwijk Sportverenigingen	2010
		Sportverenigingen hebben een alcoholmatigingsbeleid opgesteld en handelen hiernaar.	Gemeente afd. volksgezondheid, veiligheid, toezicht, handhaving	2010
	De gemeente heeft gebruik gemaakt van de nieuwe bevoegdheden die voortvloeien uit de aankomende nieuwe Drank en Horecawet: - De gemeente Katwijk is aangewezen door het Ministerie als gemeente die de pilot lokale handhaving van de Drank- en Horecawet mag uitvoeren en is inmiddels gestart. De pilot duurt twee jaar. Dit moet er met name sterk aan bijdragen dat verkoop van alcohol aan jongeren onder 16 jaar wordt voorkomen;	De leeftijdsgrens voor de verkoop van zwakalcoholische dranken is verhoogd naar achttien jaar.	Gemeente afd. volksgezondheid en veiligheid, toezicht, handhaving	2010
		Er is in een lokale verordening vastgelegd dat jongeren onder de leeftijdsgrens een boete krijgen als zij op straat lopen met blikjes of flessen drank.	Gemeente afd. volksgezondheid en veiligheid, toezicht, handhaving	Jaarlijks
		De politie heeft gecontroleerd of deze bovenstaande regels gehandhaafd blijven en levert cijfers aan.	Gemeente afd. volksgezondheid en veiligheid, toezicht, handhaving	Jaarlijks

[12] Onder voorbehoud. GGD HM voert deze voorlichtingsavonden uit op basis van beschikbaarheid.

	Op bovenstaande punten is passend beleid ontwikkeld.	Gemeente afd. volksgezondheid en veiligheid, toezicht, handhaving	2009/2010
De gemeente heeft aangesloten bij de landelijke campagne m.b.t. antirookcampagnes door lokaal activiteiten in te zetten en heeft ervoor gezorgd dat deze campagne lokale media-aandacht krijgt.	De gemeente heeft de GGD HM verzocht om de uitvoering van de landelijke campagnes t.a.v. roken op lokaal niveau.	Gemeente afd. volksgezondheid GGD HM	Jaarlijks
	De gemeente heeft aandacht besteed aan de antirookcampagne door artikelen te plaatsen in de lokale media.	Gemeente afd. volksgezondheid	Jaarlijks
Binnen de bestaande projecten wordt meer aandacht besteedt aan het onderwerp tabak.	Het onderwerp tabak wordt ingepast in de huidige bestaande projecten.	Gemeente afd. volksgezondheid GGD HM Platform Kocon	Jaarlijks
De gemeente heeft de anti-rook cursussen van GGD en de thuiszorg onder de aandacht gebracht.	De gemeente heeft anti-rookcursussen onder de aandacht gebracht door artikelen te plaatsen in de lokale media.	Gemeente afd. volksgezondheid	Jaarlijks

Overgewicht en Diabetes

Doelstellingen Overgewicht en Diabetes	
	Het percentage jongeren en volwassenen met overgewicht is niet gestegen of is gelijk gebleven t.o.v. de laatste gezondheidspeiling.
	Het percentage jongeren en volwassenen dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen is gestegen of gelijk gebleven ten opzichte van de laatste gezondheidspeiling.
	Het percentage kinderen en volwassenen dat voldoet aan de richtlijn twee ons groente, twee keer fruit op één dag, is gestegen of gelijk gebleven ten opzichte van de laatste gezondheidspeiling.
	Er is draagvlak gecreëerd bij huisartsen en praktijkbegeleiders om mensen die meer moeten bewegen voor te schrijven meer te gaan bewegen.
	Het percentage jeugdigen met overgewicht is gedaald.
	Het percentage volwassenen met overgewicht is niet toegenomen.
	Alle scholen in gemeente Katwijk hanteren een eet- en beweegbeleid.
	Meer mensen zijn zich bewust van de risico's van overgewicht.
	Meer mensen zijn zich bewust van de risico's van diabetes en het belang van preventie van diabetes.

Onderwerp/activiteiten	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk / betrokken	Termijn
De gemeente heeft de huidige regionale activiteiten en initiatieven t.a.v. gezond eten, bewegen en overgewicht ondersteund en hiervoor lokale publiciteit gegenereerd.	Er zijn in de lokale media artikelen geplaatst met aandacht voor de regionale activiteiten en initiatieven met betrekking tot bewegen.	Gemeente afd. volksgezondheid, communicatie	Doorlopend
De gemeente heeft het huidige aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten (leefstijlaanbod) in kaart gebracht en onder de aandacht gebracht bij de verschillende doelgroepen.	Het aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten is in kaart gebracht door de GGD HM met www.zorgwelrijnland.nl.	Gemeente afd. Volksgezondheid en sport	2008 (Fitgids 50+)
	De gemeente heeft het aanbod onder de aandacht gebracht bij de verschillende doelgroepen door berichten te plaatsen op de gemeentepagina, door de verspreiding van flyers en artikelen in de lokale media, etc.	Gemeente afd. volksgezondheid, sport, communicatie	2009
	De gemeente gaat onderzoeken of een digitaal sportloket mogelijk is in samenhang met www.zorgwelrijnland.nl.	Gemeente afd. sport	2008 (Sportloket gerealiseerd)
De gemeente heeft samen met andere relevante partijen (bijv. scholen PO/VO en de GGD) de modulen 'Eet- en beweegbeleid op school' en 'Informatie en advies onderwijs' afgenomen uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM[13].	De gemeente heeft de GGD HM gevraagd om uitvoering van de modulen 'Eet- en beweegbeleid op school' en 'Informatie en advies onderwijs'.	Gemeente afd. volksgezondheid, GGD HM	2008
	De gemeente heeft scholen gemotiveerd om deel te nemen aan 'Eet- en beweegbeleid op school' en 'Informatie en advies onderwijs'.	Gemeente afd. volksgezondheid Scholen, GGD HM	2009

[13] Deze modulen kunnen, bij voldoende draagvlak en animo van scholen, vervolgd worden met de modulen 'Een gezond kantinebeleid' of 'Gezond bewegingsonderwijs'.

	Alle scholen hebben deelgenomen aan de modulen 'Eet- en beweegbeleid op school' en 'Informatie en advies onderwijs'.	Gemeente afd. volksgezondheid Scholen	Schooljaar 2009/2010
De gemeente heeft lokaal aangesloten bij de landelijke campagnes op het gebied van gezond eten en bewegen (zie ook de modulen 'Actiepunten VO en PO' uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM.	De gemeente heeft gebruik gemaakt van de campagnematerialen van de GGD HM.	Gemeente afdeling volksgezondheid GGD HM, scholen VO	Vanaf april 2008
	De gemeente heeft aandacht besteed aan de campagnes door artikelen te plaatsen in de lokale media.	Gemeente afdeling volksgezondheid, communicatie	Vanaf april 2008
De gemeente heeft samen met scholen PO het 'Okido!-project'[14] en het project 'Maathouden'[13] van de GGD HM afgenomen.	Het 'Okido!- project' en project 'Maathouden' zijn uitgevoerd op basisscholen.	Gemeente afdeling jeugd, scholen PO, GGD HM	2008-2009 en 2009-2010
De gemeente heeft bij huisvestingsplannen op de lange termijn of bij het aanleggen van nieuwe wijken en/of gebouwen geadviseerd hoe de omgeving zo ingericht kan worden dat mensen meer en makkelijker kunnen bewegen.	De gemeente heeft in geval van huisvestingsplannen op de lange termijn of bij het aanleggen van nieuwe wijken en/of gebouwen de GGD HM om advies gevraagd hoe de omgeving zo ingericht kan worden dat mensen meer en makkelijker kunnen bewegen.	Gemeente afd. volksgezondheid en ruimtelijke ordening en volkshuisvesting GGD HM (advies)	Doorlopend
De gemeente heeft woonzorgcentra geïnformeerd over de mogelijkheden rondom bewegen voor de groep 70–74 en 75^{+} ers.	De gemeente heeft het beweegaanbod van woonzorgcentra geïnventariseerd	Gemeente afd. sport, volksgezondheid, woonzorgcentra,	Start 2008 (onderdeel Plan van Aanpak Taskforce 50+)
	De gemeente heeft woonzorgcentra gestimuleerd om beweegbeleid te ontwikkelen.	Gemeente afd. sport, volksgezondheid, woonzorgcentra	Start 2008 (onderdeel Plan van Aanpak Taskforce 50+)
	De gemeente heeft de mogelijkheden onderzocht om de ouderen in de wijk ook te laten deelnemen aan beweegactiviteiten binnen woonzorgcentra.	Gemeente afd. sport, volksgezondheid, woonzorgcentra	Start 2008 (onderdeel Plan van Aanpak Taskforce 50+)
De gemeente heeft de stimulerende en aansturende rol op zich genomen om partijen bijeen te krijgen,zodat de aansluiting tussen preventie en zorg van diabetes op lokaal niveau optimaal is en sluit hierbij zoveel mogelijk aan op datgene wat al plaatsvindt.	De gemeente heeft de handreikingen en tips voor het opstarten van lokale samenwerking uit 'Kijk op Diabetes' Factsheet nummer 13 'Tips voor samenwerking'[15] gevolgd en vraagt de GGD om advies en voorbeelden in andere gemeenten.	Gemeente afd. volksgezondheid GGD HM	2009
De GGD/gemeente en REOS hebben deelgenomen aan het diabetespreventieproject "Routeplanner Diabetespreventie" van de Nederlandse Diabetes	Het diabetespreventieproject "Routeplanner Diabetespreventie" heeft plaatsgevonden (o.a. in één van de Katwijkse huisartsenpraktijken).	GGD/REOS, betrokken huisartsenpraktijk	Gestart in 2009

[14] Module uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM.
[15] Met o.a. het opstellen van een stappenplan, het informeren van de partners in de regio, het organiseren van een bijeenkomst zouden kunnen/willen worden, het beleggen van een bijeenkomst waarin het uitgewerkte plan van aanpak besproken wordt, inventariseren van mogelijke financieringsbronnen, informeren van regionale financiers.

Federatie. Dit uiteraard in goede afstemming met de pilot "Taskforce" binnen de gemeente Katwijk.	Er zijn afspraken gemaakt over samenwerking tussen de betreffende huisartsenpraktijk en de GGD.	GGD/REOS, betrokken huisartsenpraktijk	2009 en verder
De gemeente heeft kennis genomen van de huidige werkwijze van huisartsen en praktijkbegeleiders om mensen die meer moeten bewegen voor te schrijven meer te gaan bewegen, heeft deze werkwijze gestimuleerd en zo nodig hiaten onder de aandacht gebracht (dit kan tevens met aandacht voor Geestelijke Gezondheid).	De gemeente heeft de eerstelijnszorg, zoals huisartsen en fysiotherapeuten gestimuleerd als doorverwijsorgaan en dienen naar sport en bewegen (Ook kunnen ouderenadviseurs een doorverwijsfunctie hebben). Hier wordt uitgegaan van het concept 'Gezond eten en bewegen op recept'[16].	Gemeente afd. volksgezondheid GGD HM	Start 2008
	De gemeente heeft speciaal sportaanbod voor diabetes ontwikkeld.	Gemeente afd. sport, volksgezondheid	Start 2008, i.c.m. Diabetespreventieproject

[18] Module uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM.

Geestelijke Gezondheid

Doelstellingen Geestelijke Gezondheid	Versterking van de preventieve aanpak van eenzaamheid en depressie vanuit een integrale visie. Er worden meer mensen bereikt met voorlichting over depressie en eenzaamheid. Er worden meer mensen gesignaleerd met depressieve klachten of klachten van eenzaamheid. Er stromen meer mensen met depressieve klachten of klachten van eenzaamheid door naar psychosociale hup. Er gaan meer mensen gebruik maken van het aanbod van depressie - en eenzaamheidspreventie of programma's gericht op de geestelijke gezondheidsbevordering.		
Onderwerp/activiteiten	**Prestatie-indicator**	**Verantwoordelijk / betrokken**	**Termijn**
De gemeente heeft gebruik gemaakt van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie[17]. Hiermee heeft de gemeente een integrale aanpak ontwikkeld die afgestemd is op de eigen gemeente. Depressie en eenzaamheid bij ouderen zijn integraal aangepakt.	De gemeente heeft met behulp van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie een integrale aanpak ontwikkeld voor depressie en eenzaamheid.	Gemeente afd. volksgezondheid, Ouderen WMO	2009
	De gemeente heeft het WMO-beleid , het ouderenbeleid en lokaal gezondheidsbeleid op elkaar afgestemd.	Gemeente afd. volksgezondheid, Ouderen, WMO	Vanaf 2008 (WMO-beleidsplan 2008-2011)
De gemeente heeft voor het depressiepreventiebeleid een verbinding gelegd met het beweegcomponent[18] (zie ook overgewicht en diabetes).	De gemeente heeft onderzocht welke module het beste past bij het depressiepreventiebeleid. De gemeente heeft hiervoor advies ingewonnen bij de GGD HM.	Gemeente afd. volksgezondheid, Ouderen, WMO GGD HM	2009
	De gemeente heeft een programma uitgevoerd waarbij de relatie is gelegd tussen depressie/eenzaamheid en bewegen.	Gemeente afd. volksgezondheid Ouderen, WMO Sport	Vanaf 2009
De gemeente heeft initiatieven gestimuleerd en ondersteund op het gebied van sociale preventie zoals vrijwilligerswerk, welzijnsactiviteiten, activerende huisbezoeken, aanleg van netwerken, activering tot participatie met dagbesteding of intergeneratie-projecten.	De gemeente heeft de voorgenomen activiteiten uit de 'WMO-beleidsnota Domein 3: Mantelzorg en vrijwilligers' uitgevoerd.	Gemeente afd. WMO	Doorlopend
De gemeente heeft de eerste lijn gestimuleerd om het systeem om eenzame ouderen tijdig in beeld te krijgen te verbeteren en gebruik te maken van het voor hen juiste aanbod, ook wat betreft de "jongere" oudere (vanaf 55 jaar):	De gemeente heeft een bijeenkomst georganiseerd voor de eerstelijn die met ouderen werken om het systeem om eenzame en depressieve mensen tijdig in beeld te krijgen te verbeteren.	Gemeente afd. volksgezondheid, Ouderen WMO Eerstelijn	2009

[17] Met de handleiding 'Preventie van depressie' kan de gemeente snel de contouren voor een gemeentelijk depressiepreventiebeleid schetsen, een selectie maken van wat voor uw specifieke werkgebied relevant is en een eigen plan voor intern gebruik opstellen

[18] In het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM zijn twee modulen opgenomen voor de oudere doelgroep.

een betere probleemanalyse, verwijzing en meer kennis van de sociale kaart. De gemeente heeft een regisseursrol aangenomen in het realiseren van betere afstemming en samenwerking binnen de infrastructuur voor depressiepreventie.	Op basis van de resultaten van deze bijeenkomst heeft de gemeente een voorstel gemaakt om het signaleringssysteem te verbeteren.	Gemeente afd. volksgezondheid, Ouderen, WMO	2009
	Dit bovenstaande plan is voorgelegd aan de eerstelijn.	Gemeente afd. Ouderen, WMO, volksgezondheid Eerstelijn	2009
	Dit bovenstaande plan is uitgevoerd.	Gemeente afd. Ouderen, WMO, volksgezondheid Eerstelijn	2010
De gemeente heeft coaching/deskundigheidsbevordering aangeboden aan intermediairen en hulpverleners die met ouderen werken waardoor de signaleringsvaardigheden en meldingsbereidheid versterkt is.	De eerstelijn is schriftelijk geïnformeerd over het aanbod van het bevorderen van de preventiedeskundigheid ten aanzien van (vroeg)signalering en het belang van (vroeg)signalering van eenzaamheid en depressie.	Gemeente afd. Ouderen, WMO, volksgezondheid Eerstelijn	2009 en vervolgens jaarlijks
	Er is door de eerstelijn een aanbod afgenomen om de preventiedeskundigheid ten aanzien van (vroeg)signalering te bevorderen.	Eerstelijn	2009 en vervolgens jaarlijks
De gemeente heeft voor meer bewustwording en signalering van eenzaamheid en depressie gezorgd door hier aandacht aan te schenken op de gemeentepagina en middels de lokale media.	De gemeente heeft aandacht besteed aan eenzaamheid en depressie door artikelen te plaatsen op de gemeentepagina en in de lokale media.	Gemeente afd. Ouderen, WMO, volksgezondheid	2010
De gemeente heeft gestimuleerd dat ook de sociale omgeving melding maakt van een eenzame oudere door meldingsmogelijkheid bij het zorgloket.	De gemeente heeft aandacht besteed aan de mogelijkheid van het melden van eenzame ouderen en depressieve mensen bij het zorgloket door artikelen te plaatsen op de gemeentepagina en in de lokale media.	Gemeente afd. volksgezondheid Ouderen, WMO	2010
	De gemeente heeft een plan van aanpak ontwikkeld voor het vervolgtraject wanneer de sociale omgeving melding heeft gemaakt van een eenzaam of depressief persoon bij het zorgloket.	Gemeente afd. Ouderen WMO, volksgezondheid, Zorgloket	2010
	Het bovenstaande plan is geïmplementeerd bij het zorgloket.	Gemeente afd. Ouderen, WMO, volksgezondheid Zorgloket	2010
De gemeente heeft waar mogelijk best-practices en effectieve interventies ingezet zoals bijv. 'Vriendschapscursus' en 'Escape'. Vooral cursussen via internet kunnen meer mensen bereiken dan groepscursussen. De drempels bij internetcursussen zijn vrij laag: mensen kunnen op zelfgekozen momenten, in eigen tempo met maximale privacy aan de slag.	De gemeente heeft onderzocht welke effectieve interventies zij wil inzetten in de gemeente.	Gemeente afd. Ouderen, volksgezondheid	2009
	De gemeente heeft aandacht besteed aan de effectieve interventies door artikelen te plaatsen op de gemeentepagina en in de lokale media.	Gemeente afd. Ouderen, volksgezondheid	2010 En vervolgens jaarlijks
	De gemeente heeft aandacht besteed aan de effectieve interventies door de eerstelijn hierover schriftelijk te informeren.	Gemeente afd. Ouderen, volksgezondheid Eerstelijn	2010

8 Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen[19]

Nuldelijnsgezondheidszorg	Verzorgingsgebied	Aanvullende informatie
GGD Hollands Midden	Regionaal	Zie overzicht van taken in de bijlage
Thuiszorg Valent Regio Duin- en Bollenstreek	Regionaal	Jeugdgezondheidszorg 0 – 4 jaar, waaronder het consultatiebureau
GHOR	Regionaal	Taken op het gebied van ongevallen- en rampenbestrijding
Ambulancevervoer	Regionaal	
Eerstelijnsgezondheidszorg	**Verzorgingsgebied**	**Aanvullende informatie**
Huisarts	Lokaal	
Tandarts	Lokaal	
Fysiotherapeut	Lokaal	
Apotheker	Lokaal	
Logopedist	Lokaal	
Orthodontist		
Verloskundige	Lokaal	
Thuiszorg Groot Rijnland	Regionaal	Huishoudelijke verzorging, verpleging, dieetadvies, alphahulpverlening en advisering/instructie/voorlichting
Take Good Care	Regionaal	Dienstverlening op het gebied van huishoudelijke hulp, verzorging, verpleging en kraamzorg
Curadomi organisatie voor thuiszorg	Lokaal	Christelijke organisatie voor huishoudelijke en persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding en 24-uurszorg
Algemeen Maatschappelijk Werk	Regionaal	Hulp bieden, informatie geven, advisering en psychosociale begeleiding
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	Regionaal	Geeft indicaties af voor alle vormen van AWBZ gefinancierde zorg
Zorgloket	Lokaal	Hier kunnen inwoners terecht met al hun vragen over wonen, zorg en welzijn
Oefentherapie Cesar		
Mensendiecktherapeut	Lokaal	
Vrijgevestigde psychologen/psychiaters	Lokaal	
Homeopathische huisarts	Lokaal	
Regionale dokterdienst Duin- en Bollenstreek	Regionaal	Patiënten van huisartsen uit de regio kunnen voor spoedeisende huisartsenhulp en spoedrecepten 's buiten openingstijden van de eigen huisarts in Voorhout terecht.
Consultatiebureau voor ouderen	Regionaal	Wijkverpleegkundige voert gezondheidscontroles uit op afspraak bij 60+ ers
Stichting Hulpverlening Anticonceptie en Seksualiteit	Regionaal	Laagdrempelige hulpverlening op het totale gebied van seks, seksualiteit en geslachtsorganen

[19] Dit overzicht poogt volledig te zijn.

Tweedelijnsgezondheidszorg	Verzorgingsgebied	Aanvullende informatie
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) Duin- en Bollenstreek	Regionaal	Een breed pakket van behandelmogelijkheden, verzorging en begeleiding op GGZ-terrein
GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen	Regionaal	Biedt deskundige, ambulante hulp aan kinderen van 0-18 jaar met psychiatrische problemen
Ziekenhuizen	Regionaal	Inwoners gaan naar de ziekenhuizen in Leiderdorp en Leiden. Verder zijn er lokale poliklinieken.
Algemeen psychiatrische ziekenhuizen	Regionaal	GGZ Rivierduinen
Zorg voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten	Lokaal/regionaal	
- De Wilbert	Lokaal/regionaal	Verpleeghuis en reactiveringcentrum
- Het Raamwerk	Lokaal/ regionaal	Biedt ondersteuning aan mensen (kinderen en volwassenen) met een lichamelijke of verstandelijke beperking.
- De Smitshof	Lokaal	Woonlocatie voor gehandicapten
Verpleeghuizen		
- Overduin	Lokaal/regionaal	Verpleeghuis gespecialiseerd in zorg en behandeling voor mensen met dementie en mensen met de ziekte van Huntington
- Woonzorgcentrum Gerto (Voorhout)	Regionaal	Biedt zorg in de wijk, verzorgingshuiszorg, maaltijdvoorziening in de wijk, sociaal culturele activiteiten, huurwoningen voor senioren
SCAL Medisch diagnostisch centrum	Lokaal	Biedt ondersteunende functies en diensten, zowel zorginhoudelijk als logistiek aan eerstelijns hulp/zorgverleners
Verslavingszorg Brijderstichting (Parnassia)	Regionaal	Het aanbod bestaat uit ambulante, poliklinische en klinische zorg, deeltijdbehandeling, preventieactiviteiten en justitiële verslavingszorg. De zorg bestaat uit individuele begeleiding of behandeling, maatschappelijke begeleiding en methadonverstrekking
Maatschappelijke organisaties	**Verzorgingsgebied**	**Aanvullende informatie**
Bureau jeugdzorg	Lokaal	Ouders en verzorgers, kinderen / jongeren tot 18 jaar, beroepskrachten en andere betrokkenen kunnen hier terecht met vragen of problemen op het gebied van opgroeien en opvoeding
Advies –en steunpunt huiselijk geweld	Regionaal	Iedereen die te maken heeft met huiselijk geweld kan hier terecht voor informatie, advies, een hulpverleningsgesprek en / of een doorverwijzing
Gezinshulpverlening De Dijk	Lokaal	Praktische pedagogische hulpverlening aan gezinnen met kinderen van 0-21 jaar
Slachtofferhulp Leiden	Regionaal	Materiële en immateriële schade waarmee slachtoffers en betrokkenen van misdrijven en verkeersongevallen worden geconfronteerd, zoveel mogelijk te (doen) verhelpen, beperken en voorkomen
Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland Crisisdienst Leiden	Regionaal	Psychosociale hulpverlening in crisissituaties evenals slachtofferhulp in alle gevallen, behalve bij misdrijven en ernstige verkeersongevallen
Platform verslavingszorg Katwijk	Lokaal	Levert een bijdrage aan het voorkomen, het terugdringen en het oplossen van (gezondheids-) problemen veroorzaakt door verslaving, met name alcohol en drugs
Stichting De Brug	Lokaal	Christelijke verslavingszorg. Verleent hulp aan verslaafden en hun families in nauwe samenwerking met De Hoop in Dordrecht en het Platform Kocon in Katwijk.
Care for women	Lokaal	Begeleiding van vrouwen in de overgang Voedings-, bewegings- en stoppen met roken advies en begeleiding en gezondheidschecks.
Stichting Vrouwenopvang Rosa Manus	Regionaal	Opvang en begeleiding voor vrouwen met of zonder kinderen, die geestelijk, lichamelijk of seksueel worden mishandeld of daarmee worden bedreigd
Philidelphia support	Lokaal	Belangenbehartiging van verstandelijk gehandicapten en hun familie en vrienden

Maatschappelijke organisaties	Verzorgingsgebied	Aanvullende informatie
Stichting Philidelphia Zorg (Alphen a/d Rijn)	Landelijk	Landelijke netwerkorganisatie voor mensen die zorg en/of ondersteuning nodig hebben, ongeacht oorzaak, beperking of leeftijd, zodat zij zo zelfstandig mogelijk vorm en invulling kunnen geven aan hun leven
De Vriendendienst Duin- en Bollenstreek	Regionaal	Organisatie die vrijwilligers inzet bij mensen met een psychiatrische achtergrond die eenzaam zijn. Het doel is het doorbreken van isolement en het ondernemen van allerlei activiteiten samen.
Stichting Welzijn Ouderen Katwijk	Lokaal	Diensten: - informatie, advies, voorlichting, ouderenadviseur, persoonsalarmering, vervoersdienst voor ouderen (belbus), activiteiten (dagbesteding), Meer Bewegen voor Ouderen, Tafeltje Dekje, Eettafel, signalerend huisbezoek, computercursussen i.s.m. Rednose, ontmoetingsactiviteiten
Stichting Senioren Adviesraad Katwijk	Lokaal	
Ouderenbond	Lokaal	Ouderenbond ANBO - behartigen de belangen van ouderen. - bieden activiteiten aan zoals informatiebijeenkomsten, contactmiddagen, uitgaansdagen en feestelijke bijeenkomsten.
Stichting MEE	Regionaal	Biedt informatie, advies en ondersteuning aan alle mensen met een beperking.
Stichting Het Lichtpunt	Lokaal	Begeleiding en verzorging van verstandelijk gehandicapten vanaf 18 jaar
Maaltijdaanbieders	Lokaal	Wanneer mensen door omstandigheden tijdelijk of langdurig niet meer in staat zijn om te koken, kunnen maaltijden aan huis worden bezorgd.
Nederlandse Rode Kruis	Lokaal/ Landelijk	Hulp aan mensen in nood, ouderen, mensen met een chronische ziekte of handicap
Nationale vereniging De Zonnebloem	Lokaal/ Landelijk	Hulp van vrijwilligers aan langdurig zieken, lichamelijk gehandicapten en hulpbehoevende ouderen.
Thuiszorgwinkel Katwijk	Lokaal	Verhuur en verkoop van handige en praktische hulpmiddelen
Stichting Factor Welzijn	Lokaal	Stichting voor Sociaal Cultureel Werk. Begeleidt en ondersteunt vrijwilligers organisaties, zoals wijkverenigingen, buurt comités, jongerensociëteiten en allochtone organisaties. Organiseert ook zelf activiteiten voor kinderen en jongeren en geeft cursussen en workshops aan vrijwilligers van diverse non-profit organisaties
Stichting Mantelzorgondersteuning Duin- en Bollenstreek	Regionaal	Biedt ondersteuning aan iedereen die voor een zieke of gehandicapte naaste zorgt
Bureau Informele Zorg (BIZ) in Leiden	Regionaal	Biedt ondersteuning aan mantelzorgers
Steunpunt vrijwillige hulp Duin-en Bollenstreek	Lokaal/Regionaal	Bemiddeling van vrijwilligers naar organisaties die met vrijwilligers werken
Vrijwilligers palliatieve terminale zorg	Lokaal	bieden ondersteuning zodat mensen in hun laatste levensfase "thuis" in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen doorbrengen
Palliatieve Terminale Thuiszorg (VPTZ) in Leiden	Regionaal	Vrijwilligers bieden ondersteuning aan mensen van wie het levenseinde nabij is en die thuis in de eigen omgeving willen sterven
De Binnenvest in Leiden	Regionaal	Hulpverlening aan dak- en thuislozenzorg en biedt verslaafdenzorg. Beschikt over een slaaphuis waarin daklozen de nacht kunnen doorbrengen, een sociaal pension en een dienstencentrum. Tevens crisisopvang en begeleidwonen-projecten

Bijlage 2 Gezondheidssituatie van de gemeente Katwijk

Inleiding
Dat preventie van ziekten door voeding en leefstijl werkt, blijkt uit een overzichtsartikel van Walter Willet van Harvard uit 2002: *'Met een mediterrane voeding, een goed gewicht, niet roken en wel bewegen kun je de volgende percentages verminderen: tachtig procent van de ziekten van de kransslagaders, negentig procent van diabetes, zeventig procent van de dikkedarmkankers en ook zeventig procent van de beroertes'.* Deze cijfers geven de energie om door te gaan met preventie.

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de huidige (gezondheids)situatie van de bevolking in Katwijk. Het geeft weer in welke mate ziekten en risicofactoren aanwezig zijn in de gemeente. Er wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van gemeentelijke cijfers. Als deze niet aanwezig zijn worden gegevens van een aantal gemeenten samengenomen (cluster van de gemeenten Katwijk en Noordwijk) of worden regionale en landelijke cijfers gebruikt[20]. Een aantal ziekten worden nader belicht. De keuze is gemaakt op grond van landelijke informatie wat de meest voorkomende ernstige ziekten of aandoeningen zijn, waar mensen relatief jong aan sterven of welke ziekten erg ingrijpend zijn. Ook is van belang of de ziekte beïnvloedbaar is door gemeentelijk beleid. Het Ministerie van VWS heeft in 2006 vijf speerpunten voor beleid aangewezen: diabetes, depressie, overgewicht, roken en risicovol alcoholgebruik. Deze komen in dit hoofdstuk aan bod. Daarnaast worden de volgende ziekten of aandoeningen nader bekeken: hart- en vaatziekten, kanker, ernstige luchtwegaandoeningen, overige psychische stoornissen en beperkingen. Vervolgens worden nog enkele andere risicofactoren die deze ziekten beïnvloeden behandeld. Waar mogelijk wordt vergeleken met de regio Zuid-Holland Noord en Nederland en wordt de regionale en landelijke trend over de afgelopen periode en de toekomst besproken. Tot slot wordt aandacht besteed aan het zorggebruik.

Algehele gezondheid
Er zijn verschillende maten om naar gezondheid en ziekte te kijken. Het aantal nieuwe gevallen van een ziekte in een bepaalde tijdseenheid (dit heet de incidentie) kan heel hoog zijn maar het aantal personen dat op een bepaald moment aan die ziekte lijdt (de prevalentie) laag (verkoudheid is vaak snel weer over zodat de incidentie hoog is, maar de prevalentie laag). Andere maten zijn de mate waarin een ziekte de kwaliteit van leven beperkt en de sterfte.

Diverse ziekten en aandoeningen lieten tussen 1993 en 2003 grote veranderingen in het vóórkomen zien. Ook het sterftepatroon veranderde. Een overzicht van de grootste landelijke veranderingen in ziekte en sterfte in deze periode is te vinden in de tabel.

Rangordening op basis van grootste veranderingen in de periode 1993-2003 (Nederland)

	Incidentie	*Prevalentie*	*Sterfte*
sterkste stijgers	longkanker (v) borstkanker (v) huidkanker darmkanker diabetes	astma diabetes depressie angststoornissen beroerte	dementie longkanker (v) COPD (v) slokdarmkanker accidentele val
sterkste dalers	longkanker (m) griep privé - ongevallen maagkanker sportblessures	COPD zweren maag en 12-vingerige darm slechthorendheid hartfalen (v) ziekte van Parkinson	ziekte kransslagaders longkanker (m) beroerte hartfalen COPD (m)

m = mannen, v = vrouwen
bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid

Levensverwachting
De levensverwachting in Zuid-Holland Noord is hoger dan in Nederland als geheel. Mannen hebben een levensverwachting van 76 jaar (ruim een half jaar hoger dan landelijk). Voor vrouwen is de levensverwachting 81 jaar (bijna een half jaar hoger dan landelijk). De levensverwachting in goed ervaren gezondheid is in ZHN zelfs nog gunstiger dan in Nederland: gemiddeld 64 jaar versus 61 jaar in Nederland. Deze leeftijd is voor vrouwen en mannen gelijk. De verwachting is dat de levensverwachting tot 2050 voor mannen met drie jaar toeneemt, voor vrouwen met anderhalf jaar.

[20] De informatie komt uit verschillende bronnen. Er is onder andere gebruik gemaakt van de gezondheidspeilingen van de GGD. Gegevens van jongeren zijn van 1998 en 2003 en worden gepresenteerd op clusterniveau, gegevens van volwassenen komen uit 2000 en 2005 en van ouderen 2005. De gegevens van de volwassenen en ouderen worden gepresenteerd op gemeenteniveau) en de websites van het CBS en het RIVM. In 2007 zullen de regionale cijfers via de website 'Gezondheidsatlas Hollands Midden' van de GGD beschikbaar zijn.

Sterfte
Als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw tussen Katwijk en Nederland, dan blijkt dat voor mannen de totale sterfte hoger is dan de sterfte in Nederland. Voor vrouwen is de sterfte gelijk aan Nederland. De sterfte in ZHN is lager dan gemiddeld in Nederland.

Ervaren gezondheid
Van de volwassenen in Katwijk (tot 65 jaar) beoordeelt 90% zijn/haar eigen gezondheid positief en 67% van de zelfstandig wonende ouderen. Minder ouderen ervaren hun gezondheid positief vergeleken met ZHN (75%). Van de jongeren is dit 96% (cluster Katwijk/Noordwijk). De eigen gezondheid wordt vaker als matig of slecht ervaren door lageropgeleiden, uitkeringsgerechtigden en alleenstaanden.

Chronische ziekten- en aandoeningen
Chronische aandoeningen en ziekten komen in Katwijk voor bij 44% van de volwassenen en bij 83% van de zelfstandig wonende ouderen. Bij jongeren is de vraag naar ziekten en aandoeningen anders gesteld, waardoor er geen vergelijkbaar percentage te geven is. In de tabel hiernaast staan de meest voorkomende chronische ziekten en aandoeningen in ZHN voor de betreffende leeftijdsgroepen.

Chronische ziekten en aendoeningen- top 5 per leeftijdsgroep (ZHN)

Ziekte/aandoening	*%*
Jongeren 18-26 jaar	
problemen aan nek/schouder/heup/arm/been	23%
eczeem en andere huidproblemen	20%
allergie	19%
ernstige hoofdpijn, migraine	11%
astma	6,1%
Volwassenen 19-64 jaar	
migraine	11%
hoge bloeddruk	10%
ernstige of hardnekkige aandoening rug (+ hernia)	8,6%
gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma)	7,7%
andere ernstige aandoening van nek/schouder	7,0%
Zelfstandig wonende ouderen 65-94 jaar	
gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma)	40%
hoge bloeddruk	34%
ernstige of hardnekkige aandoening rug (+ hernia)	14%
andere ernstige aandoening van nek of schouder	13%
diabetes	12%

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

Specifieke ziekten en aandoeningen
Bij de bespreking van de geselecteerde ziekten en aandoeningen wordt eerst het vóórkomen besproken (zowel de prevalentie van de ziekte als het aandeel aan de sterfte). Daarna komen de risicofactoren per ziekte aan bod en zal zowel de trend tot nu toe als de toekomstige trend worden besproken. Veelal zal bij de bespreking van de trend gebruik worden gemaakt van landelijke cijfers. De verwachting is dat deze trend ook voor Katwijk geldt.

Hart- en vaatziekten
Binnen hart- en vaatziekten worden de volgende belangrijke groepen onderscheiden: ziekten aan de kransslagaders, beroerte en hartfalen. Sterfte aan beroerte en hartfalen treedt vooral op bij personen boven de 75 jaar, ziekten aan de kransslagaders treft ook veel 65-75 jarigen.

Vóórkomen
Van de volwassenen in Katwijk heeft 2,1% ziekten aan de kransslagaders, beroerte of hartfalen (mannen 3x zo vaak als vrouwen), bij de zelfstandig wonende 65-plussers is dit 18%.
Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel in Katwijk als regionaal en landelijk. In de gemeente is de totale sterfte voor 31% het gevolg van sterfte aan hart- en vaatziekten. Vergeleken met Nederland sterven in Katwijk minder personen aan deze ziekten.
Vrouwen sterven ongeveer even vaak aan hart- en vaatziekten als mannen, maar de soort ziekte verschilt per geslacht. Mannen sterven vaker aan ziekten aan de kransslagaders dan vrouwen. Dit komt doordat de risicofactoren voor deze ziekten vaker bij mannen voorkomen. Daarentegen is bij vrouwen de sterfte aan een beroerte hoger. Een verklaring hiervoor is dat een beroerte vaak pas op hoge leeftijd optreedt en dat er meer vrouwen hoogbejaard zijn dan mannen.

gebied	leeftijd	hart- en vaatziekten
Katwijk	19-64	2,1%
	65+	18%
ZHN	19-64	1,4%
	65+	16%

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

Risicofactoren
Er is een groot aantal risicofactoren voor het ontstaan van ziekten aan de kransslagaders: hoge inname van verzadigd vet, roken, hoge bloeddruk, overgewicht, lichamelijke inactiviteit, verhoogd cholesterolgehalte en diabetes. Een deel ervan vergroot ook de kans op een beroerte (roken, hoge bloeddruk en glucose-intolerantie). Risicofactoren voor hartfalen zijn ziekten aan de kransslagaders, hoge bloeddruk, diabetes en overgewicht.

Trend
De sterfte aan een acuut hartinfarct is landelijk in de periode 1980-2004 met twee derde gedaald. De sterfte aan de overige ziekten van de kransslagaders is vanaf 1996 ook sterk gedaald, met een derde. De daling in de sterfte aan ziekten van de kransslagaders in de jaren negentig is niet gecompenseerd door een toename van de sterfte aan overige hartaandoeningen, zoals hartfalen, deze zijn sinds 1991 ongeveer gelijk gebleven. De sterfte aan een beroerte is in de periode 1979-2002 eveneens met ongeveer een derde gedaald.
Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat tussen 2005 en 2025 het aantal personen met een ziekte van de kransslagaders en een beroerte met ruim 40% zal stijgen, het aantal personen met hartfalen met bijna 50%. Daarnaast is de trend afhankelijk van de ontwikkelingen in risicofactoren, zoals hoge bloeddruk, roken, overgewicht en verhoogd cholesterol. Ook de ontwikkelingen in andere ziekten (diabetes, COPD en ziekte van de kransslagaders (voor hartfalen)) hebben invloed. Wat het netto-effect van trends in risicofactoren en behandeling zal zijn op het aantal nieuwe patiënten, is niet aan te geven.

Kanker
Kanker is een verzamelnaam voor meer dan veertig verschillende vormen van kanker. Het is na hart- en vaatziekten zowel landelijk als regionaal als in de gemeente de belangrijkste doodsoorzaak.

Vóórkomen
In 2005 had 2,6% van de volwassen bevolking van Katwijk een vorm van kanker, bij de 65-plussers was dit 12%. Het percentage voor ouderen is hoger dan in ZHN.
In Katwijk wordt 27% van de sterfte veroorzaakt door kanker. Mannen in Katwijk sterven in vergelijking met Nederland vaker aan een vorm van kanker (voor vrouwen is dit gelijk). De meest voorkomende soorten kanker in ZHN zijn longkanker, borstkanker en dikkedarmkanker. Bij mannen is longkanker verreweg de meest gediagnosticeerde kankersoort (10% van alle doodsoorzaken), gevolgd door prostaatkanker (4%). Bij vrouwen met kanker gaat het vaak om borstkanker (6%) en longkanker (3%). Bij overlijden op jongere leeftijd (tussen 20 en 65 jaar) is kanker de belangrijkste doodsoorzaak: de helft van de vrouwen die in deze leeftijdsgroep overlijden, sterft aan kanker (17% aan borstkanker). Bij mannen sterft een derde aan kanker in deze leeftijdsgroep.

gebied	leeftijd	kanker
Katwijk	19-64 65+	2,6% **12%**
ZHN	19-64 65+	1,4% 8,1%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

Risicofactoren
Elke vorm van kanker kent een eigen patroon van risicofactoren. Er is nog veel onzekerheid over de invloed van deze factoren op het ontstaan van de ziekte. Roken vormt hierop een uitzondering: bij acht van de negen personen met longkanker is de ziekte toe te schrijven aan roken. Bij andere kankersoorten is vaak een minder sterk verband gevonden met leefstijl, omgevingsfactoren of erfelijke factoren.

Trend
Als rekening wordt gehouden met de omvang en leeftijdssamenstelling van de Nederlandse bevolking, dan blijkt al jarenlang sprake te zijn van een dalende kans om door kanker te overlijden. Bij mannen is deze daling, die medio jaren tachtig inzette, sterker geweest dan bij vrouwen. Het percentage van de bevolking dat aan hart- en vaatziekten sterft daalt echter sterker dan het percentage dat aan kanker sterft, zodat kanker over enkele jaren hart- en vaatziekten van de eerste plaats zal verdringen.
Na jaren van stagnatie is de sterfte door borstkanker sinds medio jaren negentig duidelijk afgenomen. Deze afname is mogelijk veroorzaakt door bredere screening en verbeterde therapie. Als de huidige trends doorzetten, zal het jaarlijks aantal sterfgevallen door borstkanker al over twee jaar kleiner zijn dan het aantal sterfgevallen onder vrouwen door longkanker. De kans om te overlijden door maagkanker is, van alle belangrijke vormen van kanker, het sterkst gedaald. Deze daling is een voortzetting van een langdurige trend, die rond de jaren dertig van de vorige eeuw inzette.

Astma en COPD
COPD (chronic obstructive pulmonary disease) is een verzamelnaam voor chronische bronchitis en emfyseem. Emfyseem gaat gepaard met het verlies van longweefsel en komt vooral voor bij ouderen. Astma ontstaat vaak al op jonge leeftijd.

Vóórkomen
Van de jongeren van 12-17 jaar heeft 3,4% astma, van de volwassenen heeft 9,9% astma of COPD en van de 65-plussers 11% (man en vrouw gelijk).
In ZHN zijn minder personen die chronische luchtwegaandoeningen hebben vergeleken met Nederland. Luchtwegaandoeningen komen meer voor onder lageropgeleiden en niet-westerse allochtonen.
Vier procent van de personen die overlijden in de gemeente, sterft aan astma of COPD. Dit percentage is gelijk aan de gemiddelde sterfte in Nederland aan astma of COPD. Mannen sterven landelijk twee keer zo vaak aan deze ziekten als vrouwen.

gebied	leeftijd	astma/COPD
cluster/ Katwijk	12-17 19-64 65+	3,4% 9,9% 11%
ZHN	12-17 19-64 65+	6,3% 7,0% 10%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2003, 2005

Risicofactoren
Erfelijke eigenschappen, allergische en niet-allergische prikkels zijn belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van astma. Deze prikkels zijn bijvoorbeeld stuifmeel, huisstofmijt, schimmelsporen, tabaksrook, chloordamp en luchtverontreiniging in binnen- en buitenmilieu. Borstvoeding heeft waarschijnlijk een beschermend effect.
COPD ontstaat in de meeste gevallen na jarenlang roken. Hoe meer en hoe langer iemand heeft gerookt, des te groter de kans dat hij of zij COPD krijgt. Onderzoek laat zien dat vrouwen gevoeliger zijn voor de nadelige effecten van roken dan mannen. Verder speelt luchtverontreiniging in het buitenmilieu, in woningen (met name passief roken) en op de werkplek door veelvuldige blootstelling aan kleine stofdeeltjes, chloor, astbest of ammoniak mogelijk een rol bij het ontstaan van COPD.

Trend
Uitgaande van alleen demografische ontwikkelingen zal het aantal personen met astma tussen 2005 en 2025 met 2% stijgen. Bij COPD zal het aantal patiënten in deze periode met 38% stijgen. Naast demografische ontwikkelingen hebben trends in roken invloed op de prevalentie van COPD. In de toekomst zal de prevalentie van COPD zowel onder mannen als onder vrouwen hierdoor naar verwachting afnemen. Voorlopig valt echter, door eerder genoemde demografische ontwikkelingen en rookgedrag in de afgelopen decennia, eerst nog een toename van de incidentie van COPD te verwachten, met name onder de vrouwen.

Diabetes
Diabetes is een chronische stofwisselingsziekte waardoor het suikergehalte in het bloed te hoog is. Hierdoor ontstaat schade aan bloedvaten en zenuwen. Er zijn twee typen diabetes: type 1 en type 2. Type 1 is de insulineafhankelijke soort en komt vaak al op jonge leeftijd voor. Type 2 wordt ook wel ouderdomssuiker genoemd; hierbij wordt de aanwezige suiker niet goed benut. Van alle diabetespatiënten heeft bijna 90% type 2.

Vóórkomen
Een klein deel van de 12-26 jarige jongeren in ZHN geeft aan diabetes te hebben (0,2%). Bij de volwassenen in Katwijk heeft 3,4% diabetes en bij de 65-plussers 16%. In Katwijk hebben meer ouderen diabetes dan in ZHN, maar het percentage is vergelijkbaar met Nederland. Diabetes komt even vaak voor bij mannen als bij vrouwen.
De cijfers over het aantal mensen dat overlijdt aan diabetes zijn onbetrouwbaar omdat deze mensen vaak sterven aan complicaties zoals een hartinfarct of beroerte.

gebied	leeftijd	diabetes
Katwijk	19-64 65+	3,4% 16%
ZHN	19-64 65+	2,6% 12%
NL	19-64 65+	2% 15%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

Risicofactoren
De belangrijkste risicofactor voor diabetes type 1 is erfelijke aanleg. Dit geldt ook voor type 2, maar daarnaast zijn er voor type 2 de volgende risicofactoren: roken, verkeerde voeding (hoge inname van energie en verzadigd vet, lage inname van onverzadigd vet en vezels), lichamelijke inactiviteit en ernstig overgewicht.

Trend
De laatste tien jaar zijn meer diabetespatiënten opgespoord door een actievere opsporing door huisartsen en door campagnes van het Diabetes Fonds. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het aantal personen met diabetes tussen 2005 en 2025 met 33% zal stijgen. Daarnaast is het waarschijnlijk dat het aantal patiënten met diabetes nog harder zal stijgen door de toename van het aantal mensen (ook jongeren) met ernstig overgewicht en lichamelijke inactiviteit.

Psychische stoornissen
De meest voorkomende ziekten die onder psychische stoornissen vallen zijn: dementie, stemmingsstoornissen (waaronder depressie), neurotische stoornissen (o.a. angststoornissen), overspannenheid, burnout en afhankelijkheid van alcohol, drugs of andere middelen. Een verstandelijke handicap valt ook onder deze categorie.
Mensen met ernstige psychische stoornissen hebben ook vaak lichamelijke problemen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Maar psychische stoornissen gaan ook vaak samen, bijvoorbeeld depressie met angststoornissen en alcoholmisbruik. Depressie en angststoornissen hebben een hoge ziektelast wat zich uit in slaapstoornissen, hoger ziekteverzuim, meer arbeidsongeschiktheid en een slechtere kwaliteit van leven.

Vóórkomen
Landelijk heeft één op de vier volwassenen in het voorafgaande jaar een psychische stoornis doorgemaakt. In totaal komen psychische problemen bij vrouwen en mannen even vaak voor. De aard van de problemen verschilt. Vrouwen hebben naar verhouding meer last van depressie en angststoornissen, mannen hebben meer problemen door alcohol en drugs.

Bijna een op de vijf 12-17 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk heeft een indicatie voor psychosociale problemen (18%) en 6,4% geeft aan depressief te zijn. Van de zelfstandig wonende 19-95 jarigen in Katwijk heeft ruim een derde matige angst- of depressieve klachten. Bij 6,5% van de volwassenen en 7,7% van de ouderen zijn de klachten zó ernstig dat ze een behandeling nodig hebben. Ernstige angst- of depressieve klachten komen in Katwijk vaker voor dan in ZHN. De klachten komen op elke leeftijd ongeveer even vaak voor, alleen bij 75-plussers is het percentage hoger.

gebied	leeftijd	angst/depressie		ernstig
		matig	ernstig	eenzaam
Katwijk	19-64	33%	**6,5%**	--
	65+	36%	**7,7%**	**3,5%**
ZHN	19-64	31%	4,5%	--
	65+	34%	4,0%	7,1%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

Een derde van de volwassenen in ZHN met ernstige angst- of depressieve klachten heeft het voorafgaande jaar contact gehad met de geestelijke gezondheidszorg of maatschappelijk werk, van de 65-plussers slechts één van de zes. Het percentage personen met matige angst- of depressieve klachten dat contact heeft gehad met geestelijke gezondheidszorg of maatschappelijk werk is ruim de helft lager (14% bij volwassenen en 3% bij ouderen). Personen met matige angst- of depressieve klachten vormen de doelgroep voor preventie. Toch blijkt uit landelijk onderzoek dat slechts 1% van deze groep daadwerkelijk bereikt wordt met het aanbod dat specifiek op preventie is gericht ter voorkoming of verergering van de klachten.

Ruim een derde van de zelfstandig wonende ouderen in Katwijk (36%) is matig eenzaam en 3,5% ernstig eenzaam. In Katwijk zijn minder ouderen ernstig eenzaam dan in ZHN. Vrouwen zijn vaker ernstig eenzaam dan mannen en met de leeftijd neemt de groep eenzamen toe. Alleenstaanden zijn vaker eenzaam dan ouderen die niet alleen wonen (ruim de helft van de alleenstaanden is eenzaam versus een derde van de samenlevenden), 15% is zelfs ernstig eenzaam. Hoe eenzamer de ouderen zijn, des te vaker hebben ze angst- of depressieve klachten en/of hebben ze aan suïcide gedacht.

In 2002 had landelijk 1% van de personen van 65 jaar en ouder dementie. Naar schatting is 35% van de dementiepatiënten opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis, de overige 65% woont nog thuis.

Relatief weinig mensen met psychische stoornissen sterven hieraan (gemiddeld 20 mannen in ZHN en 48 vrouwen per 100.000 inwoners). Vergeleken met Nederland sterven in Katwijk en ZHN relatief veel personen aan psychische stoornissen. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de oververtegenwoordiging van psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten in ZHN.

Risicofactoren
De persoon zelf, de omgeving en gebeurtenissen beïnvloeden de psychische gezondheid. Persoonsgebonden factoren bepalen de veerkracht van een persoon: erfelijke aanleg voor een psychische ziekte, persoonlijkheidskenmerken (manier waarop iemand op een gebeurtenis reageert) en de lichamelijke gezondheidstoestand. De sociale of fysieke kwetsbaarheid van een persoon wordt beïnvloed door de sociale en fysieke omgeving die van invloed zijn op de directe leefsituatie van een persoon (sociale relaties, sociaaleconomische status, verstedelijking, kwaliteit van de lucht, geluidsoverlast).

Ingrijpende gebeurtenissen die tot fluctuaties in het psychisch welzijn kunnen leiden, zijn onder andere verlies van partner of werkloosheid en hun tegenpolen (een nieuwe relatie, betere baan).

Trend
Er zijn geen aanwijzingen dat het aantal mensen met depressie de laatste tien jaar sterk is toegenomen. Het aantal mensen met depressie in behandeling is echter de laatste tien jaar sterk toegenomen.
Uit een langlopende huisartsenregistratie blijkt dat het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten én het aantal bekende patiënten met een angststoornis in de periode 1990-2004 sterk is gestegen, vooral onder vrouwen. Waarschijnlijk heeft dit te maken met een betere herkenning van angststoornissen door de huisarts. Ook speelt mee dat mensen dankzij publieksvoorlichting eerder professionele hulp zoeken. Ondanks deze verbeteringen wordt het grootste deel van de angststoornissen nog altijd niet herkend en behandeld.
Het aantal nieuwe patiënten met dementie is in de periode 1976-2000 sterk gestegen. De stijging van het aantal nieuwe gevallen is deels het gevolg van de vergrijzing. Maar ook als rekening gehouden wordt met de leeftijd en omvang van de bevolking is een stijging zichtbaar. Dit heeft zeker ook te maken met vroegtijdiger diagnostiek, doordat hulpverleners en mantelzorgers de symptomen eerder herkennen.

Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het aantal personen met dementie in de periode 2000-2020 zal toenemen met ongeveer 41%. Vooralsnog zijn er geen goede mogelijkheden voor primaire preventie, omdat er relatief weinig bekend is over de (belangrijkste) determinanten van dementie.
Uitgaande van de demografische ontwikkelingen zal het absolute aantal nieuwe gevallen van depressieve stoornissen dat de huisarts diagnosticeert tussen 2005 en 2025 met 4% stijgen en het aantal personen met angststoornissen 5%.

Niet-natuurlijke doodsoorzaken
Onder niet-natuurlijke doodsoorzaken vallen ongevallen, suïcide en moord. Twee derde van de sterfte door ongevallen wordt veroorzaakt door privéongevallen en een derde door verkeersongevallen.

Vóórkomen
Jaarlijks denkt 1,4% van de 12-17 jarigen (cluster Katwijk/Noordwijk) aan het plegen van suïcide. Bij de volwassenen in Katwijk is dit 6,1% en bij ouderen 4,7%. Slechts een klein deel doet daadwerkelijk een poging (0,3% van de volwassenen in ZHN). In ZHN sterven gemiddeld 8,7 inwoners per 100.000 inwoners aan suïcide (twee keer zo veel mannen als vrouwen). Deze aantallen zijn vergelijkbaar met Nederland (9,3 per 100.000 inwoners). De sterfte aan suïcide is landelijk het hoogst onder de 45-54 jarigen en 75-plussers.

Eén procent van de totale sterfte in Katwijk wordt veroorzaakt door een ongeval. Dit is lager dan landelijk. Als regionaal gekeken wordt naar de sterfte bij 20-65 jarigen, blijkt dat ongevallen een belangrijke doodsoorzaak is voor mannen (een tiende van de sterfte in deze leeftijdsgroep).

gebied	leeftijd	suïcide-gedachten
Katwijk	19-64 65+	6,1% 4,7%
ZHN	19-64 65+	6,5% 3,9%

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

Risicofactoren
Gedrag dat tot suïcide leidt staat meestal niet op zichzelf. In veel gevallen is het onderdeel van een psychische stoornis (zoals depressie of een borderline persoonlijkheidsstoornis) of een verstandelijke handicap. Het is bekend dat mensen die zichzelf verwonden vaak onder invloed van alcohol zijn. Ook mensen met een lage opleiding, laag inkomen, of mensen die werkloos zijn lopen een groter risico om zichzelf te verwonden. Dat geldt eveneens voor alleenstaande of gescheiden mensen.

Trend
Het aantal suïcides daalt sinds het piekjaar 1984 langzaam, bij vrouwen is de daling sterker (17%) dan bij mannen (10%). De daling sinds 1984 komt grotendeels op rekening van ouderen. De suïcidecijfers onder mensen van 70 jaar en ouder zijn gehalveerd in de laatste twee decennia. De sterk verbeterde levensomstandigheden van ouderen spelen daar vermoedelijk een grote rol in. Ouderen zijn gezonder, kapitaalkrachtiger en mobieler geworden en de gezondheidszorg voor ouderen is verbeterd. Zo is er bijvoorbeeld vroegtijdiger onderkenning van depressie, betere antidepressiva en psychotherapie.
Het aantal slachtoffers van verkeersongevallen dat bij een spoedeisende hulp van een ziekenhuis komt of wordt opgenomen in het ziekenhuis daalt. Het aantal dodelijke slachtoffers daalt minder snel.

Het aantal behandelingen bij de spoedeisende hulp na privéongevallen steeg landelijk tot 1999, waarna in de periode 1999-2003 een daling van 24% is geconstateerd.

Beperkingen
Van de volwassenen in Katwijk voelt 16% zich door één of meerdere chronische ziekten of aandoeningen licht belemmerd en 5,2% sterk belemmerd in zijn dagelijkse bezigheden. Bij ouderen is 35% hierdoor licht belemmerd en 19% sterk belemmerd.

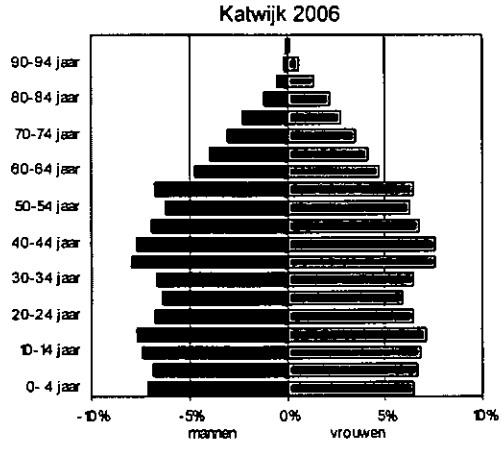
Gehoor
Van de 12-26 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk gaf 1,5% aan een blijvend slecht gehoor te hebben. Van de zelfstandig wonende Katwijkse ouderen heeft 13% een gehoorbeperking (dit is hoger dan gemiddeld in ZHN (7,3%)).
Landelijk stijgt het aantal jongeren met gehoorschade door lawaai. Bestonden deze dertig jaar geleden niet of nauwelijks, inmiddels hebben 116.000 jongeren gehoorschade door lawaai. Belangrijke oorzaak hiervan is het toegenomen gebruik van muziekapparatuur (zoals mp3-spelers, walkmans, zware versterkers en samplers). Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is berekend dat het absolute aantal personen met lawaai- en ouderdomsslechthorendheid tussen 2000 en 2020 met ongeveer 37% zal stijgen. Waarschijnlijk zal deze stijging echter iets minder sterk zijn, omdat verwacht wordt dat het aantal mensen met lawaaidoofheid zal afnemen door minder lawaai op de werkplek. In de huisartspraktijk bleef de prevalentie van gehoorstoornissen de afgelopen 20 jaar constant. Volgens zelfrapportage lijkt het percentage ouderen met beperkingen in het gehoor daarentegen gedaald te zijn. Mogelijk ondervinden personen met een gehoorstoornis minder beperkingen hiervan, omdat zij steeds vaker steeds betere hoortoestellen gebruiken.

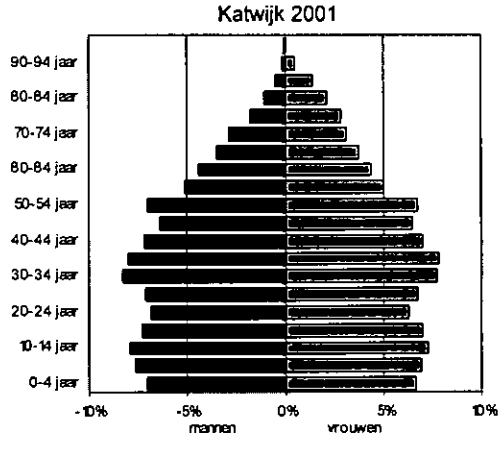
Gezicht
In Katwijk heeft 13% van de ouderen een gezichtsbeperking. Uitgaande van de demografische ontwikkelingen zal het aantal personen met gezichtsstoornissen tussen 2000 en 2020 met 47% stijgen.

Mobiliteit
Naast deze beperkingen is een derde van de zelfstandig wonende ouderen in Katwijk mobiliteitsbeperkt (hoger dan in ZHN, 27%) en 18% heeft grote moeite of hulp nodig met het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (bijvoorbeeld wassen, eten).

Risicofactoren voor ongezondheid
De leeftijd is de sterkste risicofactor voor ongezondheid. Meer ouderen in de samenleving betekent automatisch een toename van ziekten en aandoeningen. Het is echter een risicofactor die beleidsmatig niet te beïnvloeden is (maar wel een waar rekening mee moet worden gehouden). Andere risicofactoren zoals leefgewoonten of de fysieke omgeving zijn wel te beïnvloeden. De risicofactoren die hier worden genoemd hebben een relatie met de bovengenoemde ziekten en aandoeningen en zijn veelal te beïnvloeden door beleid. Net als bij de ziekten wordt ook hier eerst het vóórkomen van de risicofactor in ZHN besproken en daarna de trend.

Leeftijd
Van de bevolking in Katwijk is in 2006 28% jonger dan 20 jaar en 13% is 65 jaar of ouder. Katwijk heeft meer jongeren dan gemiddeld in Nederland (25%). Het percentage ouderen is vergelijkbaar met Nederland (14%).





Vergeleken met de bevolkingspiramide van 2001 is in 2006 duidelijk te zien dat het aandeel 55-59 jarigen in 2006 veel groter is dan in 2001. Het percentage 30-34 jarigen is echter gedaald. Verwacht wordt dat in 2025 in Katwijk 25% van de bevolking jonger is dan 20 jaar en 20% 65 jaar of ouder. Er zullen dan nog steeds meer jongeren in Katwijk wonen ten opzichte van Nederland. Ondanks dat de verwachting is dat het inwonersaantal in Katwijk in 2025 met 3% gegroeid is, zal het aantal jongeren toch iets dalen (met bijna 1.000 personen), maar het aantal 65-plussers zal met ongeveer 5.000 personen stijgen (tot ongeveer 13.000 in 2025). Dit is een stijging van het aantal ouderen met ruim 60%.

Leefgewoonten

Alcohol

Het gebruik van alcohol is niet meer weg te denken uit de samenleving. Veel mensen hebben positieve ervaringen met alcohol. Het is gezellig, sommigen helpt het bij het leggen van contacten en het kan ontspannend werken. Tegelijkertijd eist misbruik en verslaving van alcohol zijn tol. Het geeft meer gezondheidsproblemen, verkeersongelukken, verstoring van de openbare orde/veiligheid, een hoger arbeidsverzuim, geweld in huis en dakloosheid.

Van de 12-14 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk drinkt 28% al af en toe alcohol, maar dit percentage daalt volgens de laatste cijfers van de GGD. 78% van de 15-17 jarigen drinkt af en toe. Van de Katwijkse volwassenen drinkt 80% alcohol en van de ouderen 68%. Ongeveer evenveel 12-17 jarigen drinken alcohol als in ZHN, maar minder volwassenen en ouderen. Dit verschil wordt verklaard doordat vrouwen in Katwijk minder vaak alcohol drinken, de percentages voor mannen wijken niet af van ZHN.

Er wordt veel alcohol gedronken, zowel qua hoeveelheid als frequentie. Van de 15-17 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk gaf één op de acht aan minimaal één keer per week meer dan vier glazen alcohol per keer te drinken. Onderzoek wijst aan dat dit percentage nu hoger zal liggen. Deze gegevens zijn in 2003 verzameld en de jongeren dronken toen tijdelijk minder door prijsstijgingen in de horeca in verband met de invoering van de euro. Het indrinken vóór een bezoek aan de horeca werd ook nog niet zo massaal gedaan als momenteel.

gebied	leeftijd	alcohol drinkers	waarvan vaak en veel[21]
cluster	12-14 15-17	28% 78%	1,5% 12%
ZHN	12-14 15-17	24% 77%	0,6% 10%

bron: Gezondheidspeiling jongeren ZHN 2003

Regionaal hebben één op de drie jonge mannen en één op de vijf jonge vrouwen (20-ers) de gewoonte minimaal één keer per week veel te drinken per keer (voor mannen zes en voor vrouwen vier glazen op één avond). Het zijn echter niet alleen de jongeren die veel alcohol per week drinken. Met het stijgen van de leeftijd gaat men meer keren per week drinken: ongeveer een derde van de 50-plussers drinkt dagelijks. De leeftijdsgroep van 50-64 jaar drinkt gemiddeld de meeste glazen alcohol per week (14 glazen). Mannen drinken duidelijk meer dan vrouwen en lager opgeleiden drinken meer dan hogeropgeleiden. Het alcoholgebruik in Zuid-Holland Noord is voor de jongeren hoger, maar voor de volwassenen vergelijkbaar met dat van de rest van Nederland.

gebied	leeftijd	alcohol drinkers		waarvan excessief[22] alcoholgebruik	
		laatste peiling	vijf jaar ervoor	laatste peiling	vijf jaar ervoor
Katwijk	19-64 65+	**80%** **68%**	**81%** --	***13%*** **5,1%**	**9%** --
ZHN	19-64 65+	86% 76%	84% --	*18%* 8,0%	12% --

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN, schuingedrukt: verschil 2005 t.o.v. 2000
bron: Gezondheidspeilingen ZHN

Het alcoholgebruik in Zuid-Holland Noord is in de afgelopen 5 jaar toegenomen: meer mensen drinken tegenwoordig (met name meisjes en volwassen vrouwen). Ook het aantal glazen per keer is toegenomen: jongeren van 12-14 jaar dronken in 1996 gemiddeld 1,5 glas alcohol per keer, in 2003 was dit bijna 4 glazen. Bij 15-17 jarigen is er ook een toename: van 4,5 naar 6 glazen per keer. Bij volwassenen in Katwijk is het percentage dat (zeer) excessief drinkt[22] eveneens toegenomen (vooral onder mannen). De landelijke trend is voor volwassenen echter anders: het percentage dat veel alcohol gebruikt is landelijk tussen 1989 en 2003 voor mannen licht gedaald maar voor vrouwen vrijwel niet veranderd. Bij meisjes van twaalf tot en met veertien jaar is er landelijk eveneens een toename van het alcoholgebruik in 2003 ten opzichte van 1999.

[21] Vaak en veel alcohol drinken bij de jongeren is gedefinieerd als minimaal eens per week meer dan vier glazen op één dag drinken.

[22] Excessief drinken is gedefinieerd als: in één week op vijf dagen ten minste vier glazen alcohol drinken of op drie dagen tenminste zes glazen.

Voor de totale groep middelbare scholieren geldt echter dat het percentage dat alcohol heeft gedronken ongeveer even hoog was als in 1999.

Roken

Roken is verantwoordelijk voor veel sterfgevallen in Nederland. Bij mensen boven de twintig jaar kan ongeveer de helft van de totale sterfte aan longkanker, chronische obstructieve longziekte, coronaire hartziekten en beroerte aan roken worden toegeschreven.

gebied	leeftijd	roken	
		laatste peiling	vijf jaar ervoor
cluster /Katwijk	12-17 19-64 65+	**22%** **33%** 11%	25% 31% –
ZHN	12-17 19-64 65+	*13%* *25%* 12%	21% 31% –
NL	12-17 19-64 65+	– 28% 14%	– 33% 22%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN,
schuingedrukt: verschil met vijf jaar ervoor
bron: peilingen ZHN: jongeren 2003 en 1998, volwassenen 2005 en 2000, ouderen 2005

In het cluster Katwijk/Noordwijk rookt 22% van de jongeren van 12-17 jaar, een derde van de volwassenen in Katwijk en 11% van de 65-plussers. In Katwijk roken meer jongeren en volwassenen, vergeleken met ZHN en Nederland.

In de leeftijdsgroep 19-35 jaar zijn de meeste rokers (regionaal), maar het aantal sigaretten dat men rookt per dag is het hoogst in de leeftijdsgroep 50-64 jaar (gemiddeld 13 sigaretten). Mannen roken meer dan vrouwen; bij de jongeren is er echter geen verschil in roken tussen jongens en meisjes.

Vanaf 1980 daalt landelijk het percentage rokers (vooral bij mannen). Na een stabilisatie in de negentiger jaren (op circa 33%), is het percentage rokers de laatste jaren weer gedaald naar 28% in 2005 (15 jaar en ouder). Vooral onder vrouwen van 20 tot 35 jaar en onder mannen van 65 jaar en ouder is het percentage rokers tussen 1980 en 2004 sterk gedaald. In ZHN is deze dalende trend ook zichtbaar, in Katwijk echter niet; daar zijn de percentages gelijk gebleven aan die van vijf jaar ervoor. Laagopgeleiden roken meer dan hoogopgeleiden en het percentage rokers bij laagopgeleiden is de afgelopen jaren niet veranderd.

Drugs

Naast alcohol en roken zijn er ook nog een aantal andere verslavende middelen. De cannabisproducten (hasj, marihuana) zijn in vergelijking met vroeger zo veredeld dat zij tegenwoordig ook een verslavende werking hebben. In combinatie met roken kunnen de gezondheidsrisico's van cannabisproducten fors zijn en laten bij ontwenning hiervan behoorlijke afkickverschijnselen zien. Harddrugs (heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC, etc.) zijn doorgaans nog schadelijker voor de gezondheid dan cannabis. Harddrugs zijn sterk verslavend. Bij sommige drugs ontstaat er zowel een lichamelijke als geestelijke afhankelijkheid (zoals heroïne). Bij andere harddrugs ontstaat waarschijnlijk alleen een geestelijke afhankelijkheid (zoals cocaïne). Er is nog weinig bekend over de factoren die druggebruik beïnvloeden.

gebied	leeftijd	cannabis	harddrugs
cluster	12-17 18-26	**6,6%** **7,6%**	1,9% 2,9%
ZHN	12-17 18-26	4,5% 10%	1,0% 4,0%
NL	12-18	9%	1,8%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: Gezondheidspeiling jongeren ZHN 2003

In 2003 gebruikte 6,6% van de 12-17 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk cannabis. Het cannabisgebruik is bij 18-26 jarigen het hoogst (7,6%) en dit is gedurende vijf jaar stabiel gebleven. Landelijk is na een stijging vanaf 1988 het actuele cannabisgebruik onder jongens van 12 tot 19 jaar tussen 1996 en 2003 gedaald tot 9%. Bij meisjes in die leeftijdscategorie bleef het cannabisgebruik stabiel.

Het percentage jongeren dat harddrugs gebruikt is het hoogst bij 18-26 jarigen (2,9% in het cluster Katwijk/Noordwijk) en blijft stabiel. Er treden wel verschuivingen op in het soort drug: meer cocaïnegebruik en minder heroïnegebruik.

Lichamelijke inactiviteit

In Katwijk voldoet ruim een derde van de volwassenen niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen[23] en 10% van hen is inactief (minder dan één dag per week 30 minuten bewegen).

[23] De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor volwassenen is minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen. Matig intensief bewegen omvat lopen, fietsen, (stevig) wandelen, sporten maar ook huishoudelijk- of kluswerk wat niet zittend gedaan wordt. De grens van wat 'matig intensief' bewegen is, is lager voor volwassenen vanaf 55 jaar dan voor volwassenen onder de 55 jaar.

In Katwijk zijn meer volwassenen inactief dan in ZHN. Onder 65-plussers haalt 45% de norm niet en is 24% inactief. Voor jongeren is de norm veel hoger dan voor volwassenen[24]; van de 12-17 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk haalt 90% de gestelde norm niet. Landelijk voldoet ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking tussen de 18 en 55 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor volwassenen. Ook landelijk voldoen de meeste jongeren (12-17 jaar) niet aan de norm die voor hun leeftijdsklasse geldt: 77%. In Zuid-Holland Noord zijn de jongeren dus minder actief dan jongeren in de rest van het land, maar de volwassenen zijn juist wat actiever.

gebied	leeftijd	voldoet niet aan Norm Gezond Bewegen	inactief
Katwijk	19-64 65+	36% 45%	**10%** 24%
ZHN	19-64 65+	36% 43%	7,8% 23%
NL	19-64 65+	43% 42%	– –

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: Gezondheidspeilingen ZHN 2005

In de periode 2000-2004 is het percentage Nederlanders van 18 jaar en ouder dat niet aan de norm voldoet gedaald: er wordt dus meer bewogen. Personen met overgewicht bewegen ook meer dan in 2000, maar de stijging is minder groot dan bij personen zonder overgewicht.

Ongezonde voeding
Een ongezond voedingspatroon heeft grote gevolgen voor de gezondheid. Het is onder meer een belangrijke risicofactor voor doodsoorzaak nummer één in Nederland: hart- en vaatziekten. Het risico op hart- en vaatziekten neem toe door een voeding die rijk is aan verzadigde vetzuren en transvetzuren. Anderzijds neemt het risico op hart- en vaatziekten af door het consumeren van veel vis, groenten en fruit. Behalve voor hart- en vaatziekten is ongezond eten ook een risicofactor voor diabetes type 2, kanker en osteoporose. Zo beschermt het eten van veel groenten en fruit tegen diverse vormen van kanker.

Van de 12-26 jarigen in het cluster eet 83% niet dagelijks groente en fruit (door de week). Dit percentage is gestegen vergeleken met vijf jaar ervoor. Het percentage verschilt nauwelijks binnen de leeftijdsgroepen.

Eind jaren negentig voldeed slechts één op de tien Nederlanders aan de aanbeveling voor verzadigde vetzuren en ruim de helft aan de aanbeveling voor totaal vet. Wel is er sprake van een gunstige trend voor totaal vet, want eind jaren tachtig voldeed slechts een kwart van de Nederlanders aan de aanbeveling voor totaal vet. Ongeveer een vijfde van de bevolking van 12 jaar en ouder voldeed eind jaren negentig aan de aanbeveling voor groenten en fruit. De trend is ongunstig, want het aandeel Nederlanders dat voldoende groenten en fruit at, was eind jaren tachtig nog ongeveer een kwart. Door de toename in het aanbod van voedsel met een betere vetsamenstelling zijn we 'gezondere vetten' gaan eten. Tegelijkertijd heeft het aanbod van gemaksvoedsel mogelijk gezorgd voor een daling in de groente- en fruitconsumptie, ondanks het bredere aanbod van groenten en fruit dat dankzij de globalisering van de markt nauwelijks meer afhankelijk is van de seizoenen. Deskundigen in ons land verwachten dat de huidige trends in voedselaanbod en voedingsgewoonten zich de komende vijf tot tien jaar zullen voortzetten.

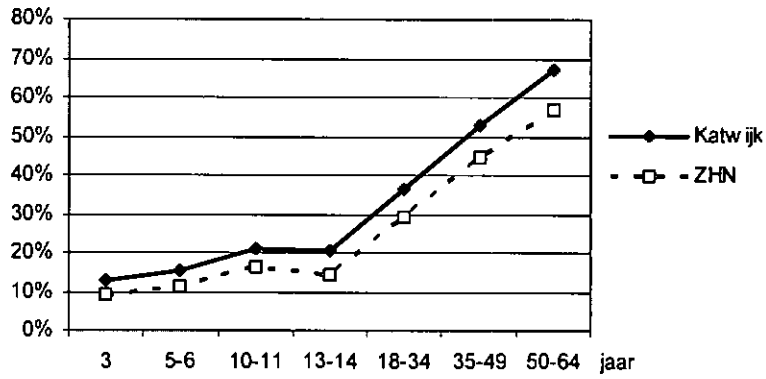
Overgewicht
Overgewicht en met name ernstig overgewicht (obesitas) hangen samen met tal van chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes type 2. Ook hebben mensen met ernstig overgewicht vaker last van verschillende vormen van kanker en van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld artrose) en de ademhalingsorganen. Overgewicht hangt bovendien samen met lichamelijke beperkingen en een slechtere kwaliteit van leven. Bij vrouwen met ernstig overgewicht komen ook menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor.

gebied	leeftijd	overgewicht		waarvan ernstig	
		laatste peiling	vijf jaar ervoor	laatste peiling	vijf jaar ervoor
cluster/Katwijk	12-17 19-64	8,9% **52%**	6,7% **46%**	0,4% **16%**	0,4% **12%**
ZHN	12-17 19-64	10% 43%	10% 41%	1,3% 9,2%	1,4% 7,8%
NL	12-17 19-64	17% 46%	9% 45%	– 11%	– 10%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: peilingen ZHN: jongeren 2003 en 1998, volwassenen 2005 en 2000

[24] De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor jongeren (tot 18 jaar) is zeven dagen per week minimaal een uur matig intensief bewegen, waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid.

Het overgewicht van de inwoners in Katwijk neemt met de leeftijd toe van 13% bij 3-jarigen tot 21% bij 10-11 jarigen, waarna er weer een daling te zien is bij oudere tieners. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 67% van de 50-64 jarigen. Bij alle leeftijdsgroepen hebben Katwijkers vaker overgewicht dan in ZHN.
Bij ernstig overgewicht is dezelfde stijging te zien, ook hier zijn de percentages in Katwijk hoger dan in ZHN (het percentage is bij 50-64 jarigen gestegen tot 21% (versus 13% in ZHN)). Tot ongeveer 12 jaar hebben meisjes in ZHN vaker overgewicht dan jongens. Daarna komt overgewicht meer voor bij jongens en mannen.



Percentage overgewicht per leeftijd voor Katwijk en de regio ZHN

Landelijk is in de periode 1981 t/m 2004 een stijgende trend te zien in het percentage mensen met overgewicht (van 33% naar 46%). Ernstig overgewicht steeg in die periode van 5% naar 11%. In Zuid-Holland Noord is deze trend de afgelopen 5-10 jaar ook zichtbaar, vooral onder 10-14 jarigen en onder volwassen mannen.
Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht zal naar schatting de komende 20 jaar met 50% toenemen. Maar ook het percentage mensen met matig overgewicht zal verder stijgen. Deze verwachting is onder andere gebaseerd op de huidige trend bij kinderen. Kinderen met overgewicht hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd (ernstig) overgewicht te hebben. De omgeving blijft zodanig veranderen dat het steeds eenvoudiger wordt om te kiezen voor een hogere energie-inname en een lager energieverbruik.

Fysieke omgeving
De fysieke omgeving waar mensen een groot deel van hun tijd doorbrengen is in de eerste plaats de eigen woning en de woonbuurt. De woningvoorraad in Katwijk bestaat voor 64% uit koopwoningen (59% in ZHN en 56% landelijk). Dit percentage is de laatste zes jaar even snel toegenomen als in ZHN, in Nederland nam het echter met 1% toe.

Ruim een derde van het oppervlak en circa drie kwart van de woningen in Nederland ondervindt een gecumuleerde geluidbelasting door weg-, rail- en vliegverkeer van meer dan 50 dB(A). Het wegverkeer is hiervan de belangrijkste veroorzaker. Naast hinder kan blootstelling aan geluid ook gezondheidsproblemen veroorzaken die verband houden met slaapverstoring en stressgerelateerde aandoeningen (zoals hart- en vaatziekten). Ongeveer een derde van de volwassenen in Katwijk ervaart geluidsoverlast. Het percentage is gelijk aan vijf jaar daarvoor (in ZHN is het percentage gedaald, maar in 2000 was het in ZHN hoger dan in Katwijk). Het percentage dat overlast ondervindt van brommers is hoger dan gemiddeld in ZHN en is de afgelopen vijf jaar gelijk gebleven, evenals het percentage volwassenen dat aangeeft geluidsoverlast te ondervinden van vliegtuigen (lager dan in ZHN). Geluidsoverlast van het overig verkeer, van kinderen, jongeren en buren is afgenomen.
Landelijk vertoont de ernstige hinder door het geluid van bromfietsen, snelwegen en bouw- en sloopterreinen vanaf 1993 een stijgende trend. Voor militaire vliegtuigen, personenauto's en bussen is er sprake van een dalende trend.

gebied	leeftijd	geluidsoverlast					
		totaal		brommers		vliegtuigen	
		2005	2000	2005	2000	2005	2000
Katwijk	19-64	32%	32%	18%	16%	8,8%	8,0%
ZHN	19-64	*34%*	40%	*14%*	19%	13%	13%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN, schuingedrukt: verschil met vijf jaar ervoor
bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005 en 2000

Stankoverlast wordt door 6,3% van de volwassenen gemeld, dit is de afgelopen vijf jaar gelijk gebleven. Landelijk daalt het percentage volwassenen dat geurhinder ondervindt van verkeer of industrie (van 23% in 1990 naar 14% in 2004).

Sociale omgeving
Opleiding, inkomen en werk
Gemiddeld is 47% van de inwoners in Katwijk laag opgeleid; zij hebben hooguit mavo of voorbereidend beroepsonderwijs. Dit percentage is hoger dan in ZHN en landelijk (respectievelijk 32% en 33%). Het percentage dat laag opgeleid is, daalt in ZHN snel: vijf jaar daarvoor was dit nog 37%.

Het percentage leerlingen zonder startkwalificatie, ofwel een afgeronde beroepsopleiding op mbo 2-niveau of een havo/vwo-diploma, is landelijk de laatste jaren afgenomen. Het percentage was in 1996 18% en in 2004 15%. In het cluster Katwijk/Noordwijk had 25% van de 18-26 jarigen in 2003 geen startkwalificatie, dit percentage is gelijk aan 1998, maar hoger dan in ZHN (18%).

gebied	allochtonen		
	totaal	westers	niet-westers
Katwijk	8,0%	4,5%	3,6%
ZHN	16%	8,5%	7,3%
NL	19%	8,8%	10%

bron: CBS, 2005

Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner is in Katwijk lager dan gemiddeld in ZHN, maar ongeveer vergelijkbaar met Nederland. Per huishouden wijkt het inkomen echter niet veel af van gemiddeld en ZHN (maar is hoger dan Nederland). Het percentage huishoudens met een laag inkomen is lager dan landelijk. Dit zal voor een deel verklaard worden doordat in Katwijk relatief weinig personen een uitkering hebben: zowel het percentage niet-werkende werkzoekenden als arbeidsongeschikten en personen met een bijstandsuitkering is lager dan landelijk.

Een kwart van de 19-64 jarigen in Katwijk heeft moeite om financieel rond te komen en 11% van de 65-plussers. Vijf jaar daarvoor gaven minder volwassenen aan dat zij moeite met rondkomen hadden (13%). Deze toename geldt voor alle lagen van de bevolking.

gebied	algemene bijstandsuitkering	niet-werkende werkzoekenden	arbeidsonge-schikten
Katwijk	1,1%	2,3%	6,0%
ZHN	1,8%	3,4%	6,8%
NL	3,4%	5,9%	8,5%

bron: CBS 2004, CWI 2006, UWV 2004

Schulden vormen geen probleem als men deze binnen de gestelde termijn kan aflossen. Problemen ontstaan als de betalingsachterstanden oplopen. Volgens het NIBUD zijn de schulden *risicovol* als er meer dan drie schuldeisers zijn, als een betalingsachterstand twaalf maanden of langer heeft geduurd, als een betalingsachterstand groter is dan duizend euro of als men tenminste één van de betalingsachterstanden niet zelfstandig binnen twaalf maanden kan oplossen. De schulden worden *problematisch* als twee of meer van bovenstaande situaties gelden. Zeven procent van de 19-64 jarigen in Katwijk heeft een risicovolle of problematische schuld (waarvan ruim de helft problematisch). Dit is gelijk aan gemiddeld in ZHN. Het percentage is het hoogst bij 19-34 jarigen (11%) en het laagst bij 65-plussers (0,3%).

Alleenstaanden
In Katwijk woont 11% van alle inwoners alleen, een derde van de alleenstaanden is ouder dan 65 jaar. Regionaal is ruim de helft van de alleenstaande ouderen eenzaam (15% ernstig eenzaam), vergeleken met een derde van de niet-alleen wonende ouderen. Van de alleenstaande ouderen die daarnaast ook één of meerdere lichamelijke beperkingen of chronische ziekten hebben en moeite hebben met rondkomen (2% van de 65-74 jarigen en 5% van de 75-plussers) is zelfs een kwart erg eenzaam.

Het aantal alleenstaanden zal landelijk de komende jaren met 40% toenemen tot 2050. In 2050 is naar schatting 43% van de huishoudens een eenpersoonshuishouden ten opzichte van 35% in 2005. Deze toename is onder andere een gevolg van de voortschrijdende vergrijzing (meer ouderen, en ouderen wonen relatief vaak alleen).

Eenoudergezinnen
In Katwijk staat bij 11% van de gezinnen met kinderen één ouder aan het hoofd (lager dan in ZHN en Nederland (15% en 18%)). Deze toename was (landelijk) vooral groot onder allochtonen. In een derde van de eenoudergezinnen in Nederland is de ouder allochtoon. Van de Surinaamse en Antilliaanse kinderen leeft 40-50% vanaf de geboorte in een gezin met één ouder, onder autochtone kinderen geldt dit voor 9%.

Allochtonen
Alle personen waarvan tenminste één ouder in het buitenland is geboren, rekent men tot de allochtonen. In Katwijk is 8% van de bevolking allochtoon (4,5% westers en 3,6% niet-westers). In vergelijking met landelijke cijfers, zijn in Katwijk veel minder westerse en niet-westerse allochtonen. Vanaf 1995 is met name het percentage niet-westerse allochtonen toegenomen. Binnen deze laatste groep is in ZHN het aandeel van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen afgenomen van 67% in 1995 naar 57% in 2005. Deze trend is ook landelijk te zien, maar de daling gaat minder snel en het aandeel van deze bevolkingsgroepen ligt landelijk hoger.

Deze daling is te verklaren doordat veel kinderen uit deze bevolkingsgroepen inmiddels van de derde generatie zijn (en dus niet meer voldoen aan de definitie van allochtoon).

De verwachting is dat in 2025 zowel het percentage westerse als niet-westerse allochtonen in Katwijk is gestegen (naar 10% westerse en 8,0% niet-westerse allochtonen).

Huiselijk geweld
Van de volwassenen had 2,4% van 19-64 jaar in Zuid-Holland Noord in 2005 te maken met huiselijk geweld (psychisch, lichamelijk of seksueel geweld); dit was evenveel bij mannen als bij vrouwen maar bij vrouwen gaat het vaker om lichamelijk geweld. Bij 65-plussers was het 0,8%.

Zorggebruik
Lichamelijke gezondheidszorg
Ruim twee derde van de volwassenen in Katwijk (69%) heeft in het voorafgaande jaar contact gehad met de *huisarts*. Van de zelfstandig wonende 65-plussers is dit 84%. De helft van de ouderen had in de voorafgaande twee maanden contact met de huisarts en één vijfde zelfs drie keer of meer in die periode.
In Katwijk raadpleegde een kwart van de 19-34 jarigen en ruim de helft van de 75-94 jarigen het voorafgaande jaar een *medisch specialist* (54%). Een op de zes 19-34 jarigen had contact met een *paramedicus*. Dit loopt op tot een op de drie 65-94 jarigen, met name fysiotherapeut (22%) en diëtist (7,6%). De *tandarts* wordt het meest bezocht door 19-49 jarigen (ongeveer 80%), daarna daalt het percentage tot een derde bij 75-94 jarigen.

Geestelijke gezondheidszorg
Het contact met geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of maatschappelijk werk is onder 12-26 jarigen in het cluster Katwijk/Noordwijk 8,7%. Van de volwassenen Katwijkers heeft 6,4% contact gehad met de GGZ of MW en van de ouderen 5,1%.
Respondenten met ernstige angst- of depressieve klachten zouden in contact moeten komen met de GGZ of maatschappelijk werk. Het percentage van deze doelgroep dat daadwerkelijk gebruik maakt van de geestelijke zorg neemt regionaal af met toenemende leeftijd: van de 19-64 jarigen in ZHN heeft 35% van deze groep het voorafgaande jaar contact gehad met een hulpverlener, onder 65-74 jarigen is dit 22% en onder 75-plussers 13%. Vrouwen hebben vaker contact gehad met de GGZ dan mannen.

Van de 19-94 jarigen uit ZHN die contact hebben gehad, hebben de meeste een vrijgevestigd psycholoog of het RIAGG bezocht (beide 3%). Slechts een klein deel van de personen van 12 jaar en ouder heeft contact gehad met de verslavingszorg (0,3%).

zorggebruik Katwijk	19-64 jaar	65+
medische specialist	31%	50%
tandarts	77%	44%
fysiotherapie	16%	22%
thuiszorg	2,6%	20%
maatschappelijk werk	1,8%	3,5%
GGZ	5,8%	2,0%

bron: Gezondheidspeilingen ZHN 2005

Verzorgings- en verpleeghuis
Drie kwart van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland heeft een chronische ziekte (in verpleeghuizen 80%, in verzorgingshuizen 72%). Vooral gewrichtsslijtage komt relatief veel voor onder alle bewoners (bij twee derde van alle verzorgings- en bij een derde van de verpleeghuisbewoners), gevolgd door diabetes (22%). Van alle verpleeghuisbewoners heeft 55% een psychogeriatrische aandoening en 45% heeft te maken met overwegend somatische (lichamelijke) problematiek. Hiervan heeft ruim 40% in het verleden een beroerte gehad. In een somatisch verpleeghuis wonen relatief meer mannen (32%) dan in een psychogeriatrisch verpleeghuis (23%).
In Katwijk bevinden zich drie woonzorgcentra: De Duinrand (105 plaatsen), Huize Salem (125 plaatsen) en De Vlietstede (60 plaatsen). In totaal 290 plaatsen. Daarnaast zijn er 5 plaatsen voor kortdurend verblijf.
In Katwijk bevinden zich twee verpleeghuizen: verpleeghuis Overduin heeft circa 120 plaatsen voor oudere mensen met psychogeriatrische aandoeningen en 70 voor patiënten met de ziekte van Huntington. Naast deze zorg voor de bewoners biedt Overduin dagbehandeling aan ongeveer twintig bezoekers en andere tijdelijke opvangmogelijkheden zoals vakantie- en nachtverzorging.
De Wilbert is een verpleeg- en reactiveringscentrum voor 105 somatische en 90 psychogeriatrische bewoners. Ter ondersteuning van de thuissituatie biedt De Wilbert mogelijkheden voor extramurale verpleeghuiszorg, somatische dagbehandeling en psychogeriatrische dag- en nachtverzorging.

Thuiszorg
Van de volwassenen in Katwijk heeft 2,6% het voorafgaande jaar gebruik gemaakt van de *thuiszorg* (onder andere wijkverpleegkundige, gezinsverzorging of alfahulp).

Bij ouderen neemt dit snel toe met de leeftijd: 11% van de 65-74 jarigen en 32% van de zelfstandig wonende 75-94 jarigen. Ouderen in Katwijk maken vaker gebruik van de thuiszorg dan in ZHN. Oudere vrouwen, alleenstaanden (met name verweduwden) en laagopgeleiden maken vaker gebruik van de thuiszorg.

Mantelzorg
Onder mantelzorg verstaat men zorg die iemand geeft aan, of krijgt van een bekende uit zijn/haar omgeving, zoals aan partner, ouders, kinderen, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is (geen professionele en/of betaalde hulp).

Van de volwassenen in Katwijk heeft 17% het voorafgaande jaar mantelzorg gegeven en 11% van de ouderen. Het geven van mantelzorg is bij de volwassenen in Katwijk niet afhankelijk van de leeftijd (in ZHN wordt het meest vaak mantelzorg gegeven door 36-49 jarigen). Dertien procent van de zelfstandig wonende 65-74 jarigen geeft nog mantelzorg en 7,4% van de 75-94 jarigen.

Van de volwassen mantelzorgers voelt een op de zeven zicht tamelijk zwaar tot zeer zwaar belast met de zorg, bij ouderen is dit opgelopen tot een kwart.

Eveneens 17% van de 65-plussers in Katwijk heeft het voorafgaande jaar mantelzorg ontvangen (7,7% van de 65-74 jarigen en 32% van de 75-94 jarigen). Bij ruim de helft betrof het huishoudelijke hulp.

Ruim de helft van de volwassen mantelzorgers geeft hulp aan de (schoon)ouders. Hulp aan een kind of partner komt veel minder vaak voor. De ouderen geven voornamelijk mantelzorg aan hun kind(eren) (ruim de helft) en een derde geeft mantelzorg aan hun partner. Alleenstaande ouderen en laagopgeleide ouderen geven minder vaak mantelzorg en krijgen dit vaker.

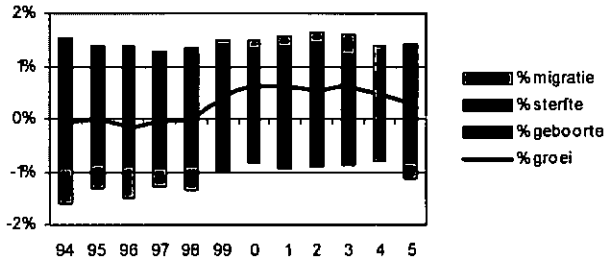
Preventieprogramma's
Veel inwoners van Katwijk maken gebruik van preventieprogramma's (zoals het Rijksvaccinatieprogramma (voor vaccinaties bij kinderen) en de griepprik voor risicogroepen van de bevolking en voor alle 65-plussers). Zo is 96% van de 9-jarigen in Katwijk gevaccineerd tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio (D(K)TP) en 97% tegen bof, mazelen en rode hond (BMR). Van de 65-plussers is 83% de afgelopen winter gevaccineerd tegen griep. De opkomstpercentages voor de bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker zijn respectievelijk 82% en 69%. De percentages zijn vergelijkbaar met ZHN en stijgen jaarlijks langzaam. Onderzoeken uitgevoerd in ziekenhuizen of anders tellen niet mee voor de bereikgegevens van bevolkingsonderzoeken.

Bijlage 3 De gegevens per dorp uitgesplitst

In deze bijlage worden de bevolkingsgegevens die beschikbaar zijn per dorp, weergegeven.

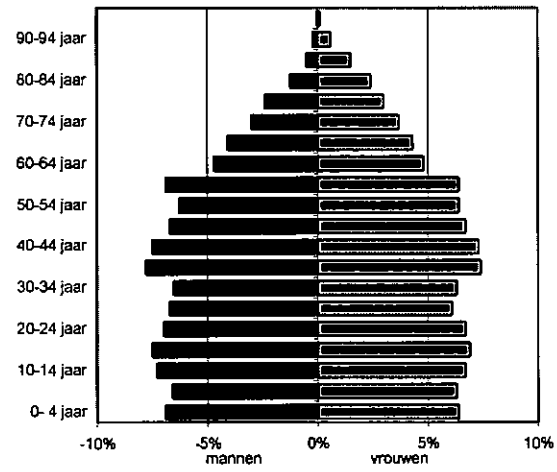
Algemeen
In deze paragraaf wordt per gemeente een overzicht gegeven van de bevolkingsomvang en leeftijdsverdeling.

Dorp Katwijk
De bevolkingsomvang van het dorp Katwijk is tot 1998 ongeveer gelijk gebleven, daarna groeit de bevolking vrij constant met 0,5% per jaar, zoals in figuur 1 zichtbaar is. De verwachting is dat in 2025 het inwonersaantal met 5% is toegenomen vergeleken met 2006: van 42.185 naar 43.140 inwoners.

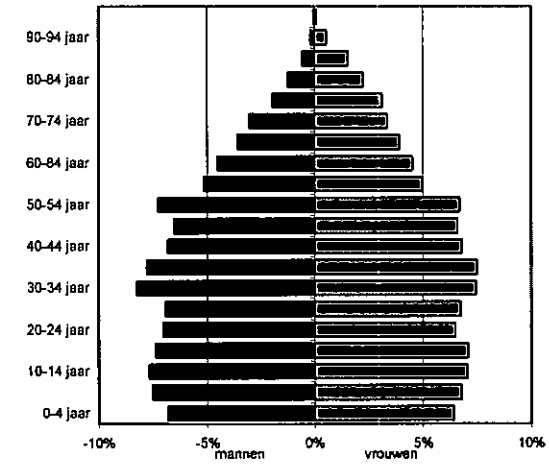


Figuur 1. Loop van de bevolking in dorp Katwijk (bron: CBS)

In de onderstaande figuren is de bevolkingspiramide van Katwijk weergegeven voor de jaren 2001 en 2006. Vergeleken met 2001 wonen er in 2006 minder 30-34 jarigen en meer 55-59 jarigen. De stijging in deze laatste leeftijdsgroep is een landelijk fenomeen. Vergeleken met de regio Zuid-Holland Noord en Nederland heeft Katwijk een relatief jonge populatie. De verwachting is dat tot 2025 het aandeel jongeren zal dalen, maar dit blijft hoger dan in de regio en Nederland. Het aandeel ouderen stijgt van 14% naar 19% in 2025. Dit is lager dan in de regio en Nederland.



Figuur 2. Bevolkingspiramide dorp Katwijk 2006 (bron: CBS)



Figuur 3. Bevolkingspiramide dorp Katwijk 2001 (bron: CBS)

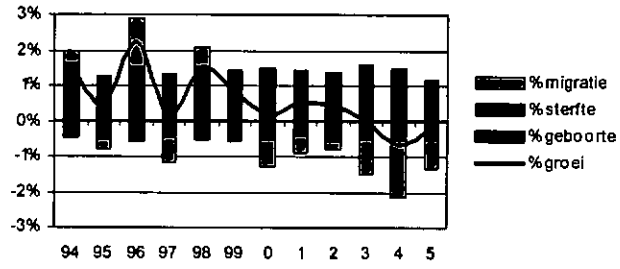
Tabel 2. Werkelijke en toekomstige leeftijdsverdeling dorp Katwijk

leeftijdsverdeling	0-19 jaar	20-64 jaar	65+
1995 (werkelijk)	29%	59%	12%
2000 (werkelijk)	29%	59%	12%
2006 (meest recente gegevens)	27%	59%	14%
2010 (prognose)	26%	59%	14%
2015 (prognose)	25%	58%	16%
2020 (prognose)	25%	57%	18%
2025 (prognose)	25%	56%	19%

bron: CBS

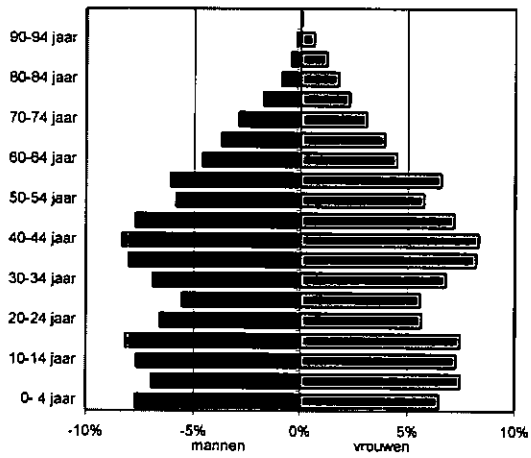
Rijnsburg

Zoals in figuur 4 is te zien is de bevolkingsomvang in Rijnsburg tot 2003 steeds gegroeid, het percentage groei schommelde tussen de 0,1% en 2% per jaar. Vanaf 2004 is er een afname in inwonersaantal. De verwachting is dat in 2025 het inwonersaantal met 4% is afgenomen vergeleken met 2006: van 14.850 naar 14.275 inwoners.

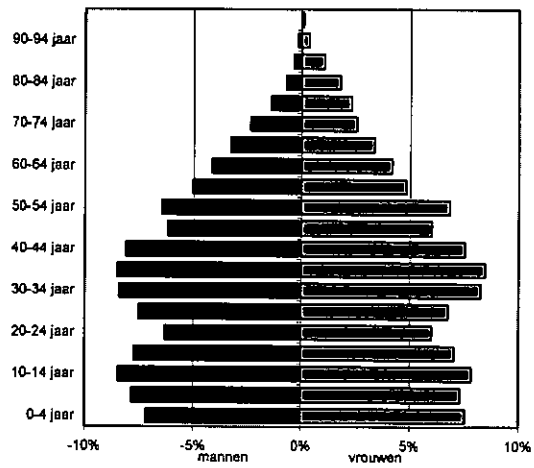


Figuur 4. Loop van de bevolking in Rijnsburg (bron: CBS)

In de onderstaande figuren is de bevolkingspiramide van Rijnsburg weergegeven voor de jaren 2001 en 2006. Vergeleken met 2001 wonen er in 2006 minder 25-34 jarigen en meer 45-49 en 55-59 jarigen. De stijging in deze laatste leeftijdsgroep is een landelijk fenomeen. De afgelopen vijf jaar zijn er relatief veel jongvolwassenen uit Rijnsburg vertrokken die in 2006 tussen de 20-24 jaar zijn. Vergeleken met de regio Zuid-Holland Noord en Nederland heeft Rijnsburg een relatief jonge populatie. De verwachting is dat tot 2025 het aandeel jongeren zal dalen, maar dit blijft hoger dan in de regio en Nederland. Het aandeel ouderen stijgt van 11% naar 22% in 2025 en is dan gelijk aan de regio en Nederland.



Figuur 5. Bevolkingspiramide Rijnsburg 2006 (bron: CBS)



Figuur 6. Bevolkingspiramide Rijnsburg 2001 (bron: CBS)

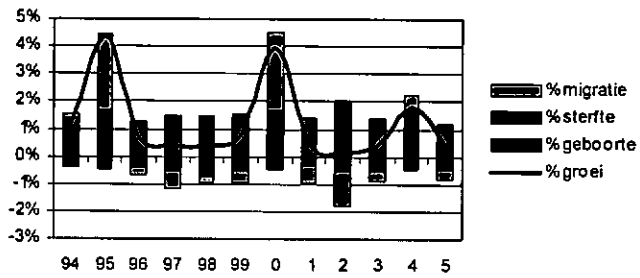
Tabel 3. Werkelijke en toekomstige leeftijdsverdeling Rijnsburg

leeftijdsverdeling	0-19 jaar	20-64 jaar	65+
1995 (werkelijk)	31%	60%	9%
2000 (werkelijk)	30%	60%	10%
2006 (meest recente gegevens)	29%	59%	11%
2010 (prognose)	28%	59%	14%
2015 (prognose)	26%	57%	17%
2020 (prognose)	24%	56%	20%
2025 (prognose)	24%	54%	22%

bron: CBS

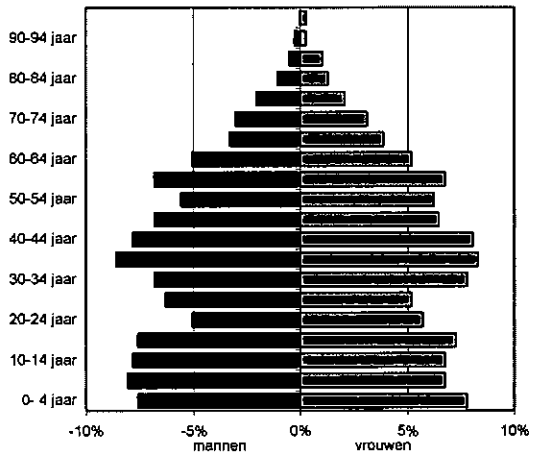
Valkenburg

Zoals in figuur 7 is te zien zijn er per jaar grote schommelingen in bevolkingsomvang in Valkenburg: in 1995, 2000 en 2004 is er een sterke stijging van het aantal inwoners, andere jaren ligt de groei tussen de 0% en 0,5%. De verwachting is dat in 2025 het inwonersaantal met 32% is toegenomen vergeleken met 2006: van 3.905 naar 5.709 inwoners.

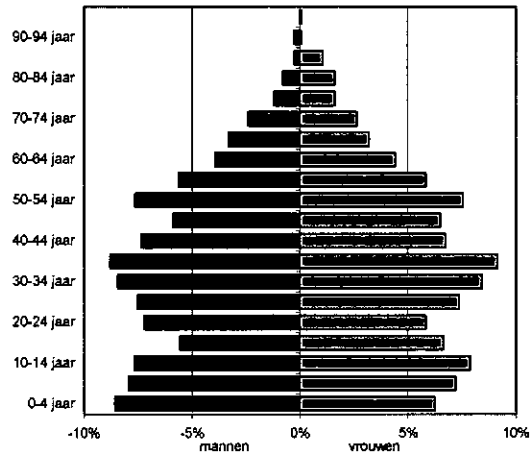


Figuur 7. Loop van de bevolking in Valkenburg (bron: CBS)

In de onderstaande figuren is de bevolkingspiramide van Valkenburg weergegeven over de jaren 2001 en 2006. Vergeleken met 2001 wonen er in 2006 minder 20-34 jarigen. De stijging van het aandeel 55-59 jarigen is in Valkenburg minder groot dan in de regio Zuid-Holland Noord en Nederland. Net als Katwijk en Rijnsburg heeft Valkenburg een relatief jonge populatie. De verwachting is dat tot 2025 het aandeel jongeren zal dalen, maar dit blijft veel hoger dan in de regio en Nederland. Het aandeel ouderen stijgt van 11% naar 17% in 2025. Dit is lager dan in de regio en Nederland.



Figuur 8. Bevolkingspiramide Valkenburg 2006 (bron: CBS)



Figuur 9. Bevolkingspiramide Valkenburg 2001 (bron: CBS)

Sociale omgeving

Van de sociale omgeving zijn alleen gegevens bekend over de gezinssituatie, aantal allochtonen, het opleidingsniveau, het aantal werkzoekenden, de sectoren waarin men werkzaam is en het gemiddeld besteedbare inkomen. Deze cijfers worden afgezet tegen de cijfers uit de regio Zuid-Holland Noord en Nederland.

Tabel 4. Werkelijke en toekomstige leeftijdsverdeling Valkenburg

leeftijdsverdeling	0-19 jaar	20-64 jaar	65+
1995 (werkelijk)	30%	62%	8%
2000 (werkelijk)	29%	62%	9%
2006 (meest recente gegevens)	30%	59%	11%
2010 (prognose)	27%	59%	14%
2015 (prognose)	28%	56%	16%
2020 (prognose)	27%	56%	17%
2025 (prognose)	27%	55%	17%

bron: CBS

Gezinssituatie

Uit tabel 5 blijkt dat in vergelijking met vooral het landelijke gemiddelde, maar ook het regionale gemiddelde, dat er in de gemeente Katwijk en de afzonderlijke dorpen procentueel minder eenoudergezinnen zijn. Sinds 2000 is het percentage eenoudergezinnen ongeveer even hard gestegen als de regio en Nederland.

Tabel 5. Percentage eenoudergezinnen van alle meerpersoonshuishoudens met kinderen

gebied	eenoudergezinnen	
	2005	2000
dorp		
Katwijk	12%	10%
Rijnsburg	11%	9%
Valkenburg	8%	6%
Katwijk	11%	10%
Zuid-Holland Noord	15%	13%
Nederland	18%	16%

bron: CBS

Allochtonen

In Katwijk en vooral Valkenburg wonen relatief weinig allochtonen vergeleken met Zuid-Holland Noord en Nederland. Ook is het percentage de afgelopen jaren minder sterk gestegen. Landelijk zijn er meer niet-westerse dan westerse allochtonen, maar in Katwijk en de regio zijn er meer westerse allochtonen. In alle gebieden stijgt het percentage niet-westerse allochtonen sneller dan de westerse.

Tabel 6. Procentueel aantal allochtonen (Bron: CBS)

gebied	allochtonen					
	totaal		westers		niet-westers	
	2005	2000	2005	2000	2005	2000
dorp						
Katwijk	8%	7%	4%	4%	4%	3%
Rijnsburg	8%	7%	5%	5%	3%	2%
Valkenburg	6%	5%	4%	4%	2%	1%
Katwijk	8%	7%	4%	4%	4%	3%
Zuid-Holland Noord	16%	14%	9%	8%	7%	6%
Nederland	19%	17%	9%	9%	10%	9%

bron: CBS

Opleidingsniveau
Het percentage personen met basisonderwijs, MAVO of VBO als hoogste onderwijsniveau van alle 15-64 jarigen voor Katwijk en Rijnsburg (voor Valkenburg zijn er geen cijfers hierover beschikbaar) ligt veel hoger dan het regionale en landelijke percentage.

Tabel 7. Percentage personen met basisonderwijs, mavo of vbo als hoogste onderwijsniveau van alle 15-64 jarigen

gebied	lage opleiding
dorp	
Katwijk	48%
Rijnsburg	43%
Valkenburg	--
Katwijk	47%
Zuid-Holland Noord	32%
Nederland	33%

bron: CBS, 2003-2005

Werk en inkomen
In Katwijk werken relatief weinig personen van 15-64 jaar vergeleken met de regio, maar meer dan gemiddeld in Nederland. Het besteedbaar inkomen per inwoner is lager dan in de regio en Nederland, maar het inkomen per huishouden ligt vooral voor Rijnsburg boven het landelijke gemiddelde.

Tabel 8. Percentage werkzame beroepsbevolking (personen die 12 uur of meer werken) en besteedbaar inkomen

gebied	werkzame beroepsbevolking	besteedbaar inkomen	
		per inwoner	per huishouden
dorp			
Katwijk	65%	€ 11.700	€ 30.600
Rijnsburg	66%	€ 12.000	€ 33.500
Valkenburg	--	--	--
Katwijk (excl. Valkenburg)	65%	€ 11.800	€ 31.300
Zuid-Holland Noord	68%	€ 13.100	€ 32.000
Nederland	63%	€ 12.300	€ 29.000

bron: CBS, 2003-2005

Katwijk heeft minder personen met een uitkering uit de ABW en minder arbeidsongeschikten. Ook heeft Katwijk minder personen die geen werk hebben maar wel werk zoeken voor minimaal 12 uur per week vergeleken met de regio en Nederland.

In het dorp Katwijk werken meer mensen in de nijverheid en minder in de commerciële dienstverlening in vergelijking met de regionale en landelijke percentages. De verdeling van de banen in Rijnsburg wijkt erg af van andere gebieden: twee derde van de werknemers werkt hier in de commerciële dienstverlening.

Tabel 9. Percentage bijstandsgerechtigden, niet-werkende werkzoekenden en arbeidsongeschikten

gebied	algemene bijstandsuitkering	niet-werkende werkzoekenden	arbeidsonge-schikten
dorp			
Katwijk	1,3%	--	7%
Rijnsburg	0,9%	--	5%
Valkenburg	0,4%	--	5%
Katwijk	1,1%	2%	6%
Zuid-Holland Noord	1,8%	3%	7%
Nederland	3,4%	6%	9%

bron: CBS 2004, CWI 2006, UWV 2004

Tabel 10. Verdeling van loondienstbanen naar sector

gebied	landbouw en visserij	nijverheid	commerciële dienstverlening	niet-commerciële dienstverlening
dorp				
Katwijk	1%	26%	40%	33%
Rijnsburg	4%	15%	69%	12%
Valkenburg	--	--	--	--
Katwijk (excl. Valkenburg)	2%	23%	50%	26%
Zuid-Holland Noord	2%	18%	44%	37%
Nederland	1%	18%	46%	34%

bron: CBS, 2004

Fysieke omgeving
In de gemeente Katwijk en vooral Valkenburg zijn relatief veel koopwoningen. Het percentage koopwoningen is in vijf jaar tijd ook harder gestegen dan landelijk: in Katwijk steeg het percentage met 3% ten opzichte van 1% in Nederland.

Tabel 11. Percentage koopwoningen

gebied	koopwoningen
dorp	
Katwijk	63%
Rijnsburg	64%
Valkenburg	68%
Katwijk	64%
Zuid-Holland Noord	59%
Nederland	56%

bron: ABF 2004

Bijlage 4 Verslag Focusgroep Lokaal Gezondheidsbeleid

Datum: 28 juni 2007
Tijd: 15.00-17.00 uur
Locatie: Gemeente Katwijk, oude gemeentehuis Rijnsburg
Afwezig:
Johannes Hoogendoorn (wonen) AFGEMELD

Aanwezig:
Roely Piek (peuterspeelzalen/kinderopvang)
Loes Remmelzwaal (ouderen, welzijnsprogramma, wonen-welzijn/zorg, JGZ
Klaas de Jong (jeugdbeleid)
Peter Jehee (algemeen, maatschappelijke opvang)
Anja van Oost (WMO projectleider)
Irma Paijmans (epidemioloog GGD Hollands Midden)
Diana van der Bent (secretaresse GGD Hollands Midden)
Nynke de Jonge (beleidsmedewerker GGD Hollands Midden)

1. **Opening door Anja van Oost (2 min.)**
   Anja van Oost heet de aanwezigen welkom. Zij deelt mee dat Rino Luik en Lok van Hes helaas niet bij het overleg aanwezig kunnen zijn.
   De GGD zal voor de gemeente Katwijk een nota lokaal gezondheidsbeleid maken (hierna nota LGB). Ten behoeve van deze nota heeft de GGD informatie nodig over wat er met de actiepunten uit de vorige nota is gebeurd en wat Katwijk graag als speerpunten in de komende nota wil zetten. Deze speerpunten zullen vervolgens aan het werkveld worden voorgelegd en Nynke de Jonge zal ze uitwerken als beleidsprioriteiten.
   Peter Jehee geeft aan dat er bij de gemeente druk wordt gewerkt aan de WMO. Hij bepleit in dit kader om te werken met één planning en control systeem in plaats van verschillende naast elkaar. De gemeentelijke financiële begroting zou het goede moment zijn voor een dergelijke cyclus.
   Nynke de Jonge geeft aan dat de offerte, zoals deze er nu ligt, in samenspraak met Baukje Rienstra akkoord is bevonden. Dat geldt ook voor de werkwijze. Uiteraard kan binnen deze ruimte nog wel worden gekeken of afstemming tussen de verschillende gebieden mogelijk is.
   Loes Remmelzwaal vraagt of de mensen die vandaag niet aanwezig zijn nog aanvullende informatie kunnen leveren. Nynke de Jonge geeft aan dat dit kan via een formulier. Zij zal dit via Anja van Oost verspreiden (actiepunt).

2. **Presentatie gezondheidscijfers Katwijk (Irma Paijmans)**
   Zie bijgevoegde Powerpoint presentatie inclusief opmerkingen.

3. **Per beleidsdoel kijken wat er de afgelopen vier jaar mee is gebeurd**
   Onvoldoende huisvesting bij ouderen en gehandicapten:
   Loes geeft aan dat er bij nieuwbouw levensloopbestendig moet worden gebouwd voor ouderen. Er wordt ook specifiek voor de groep 55-plussers gebouwd. Het overleg met instellingen die voor bepaalde doelgroepen woningen willen hebben, is vaak een initiatief vanuit die instellingen zelf. Er is momenteel een project voor omgekeerde integratie bezig op het Zeehospitium waarbij mensen vanuit de Van den Berghstichting in een aantal nieuwbouwhuizen op het terrein komt wonen.

   Nynke vraagt of de aanwezigen nog activiteiten op dit gebied kunnen noemen die in de vorige nota zijn blijven liggen. Johannes Hoogendoorn is vandaag niet aanwezig om deze vraag te beantwoorden, maar hem zal worden gevraagd deze alsnog op te sturen. In de lokale nota wonen zorg en welzijn is overigens ook extra informatie en cijfers te vinden. Daarnaast is er de BSV (Beter Structuur Visie). Daar staat ook het idee over woonzorg zones in. Klaas merkt op dat momenteel de discussie loopt of mensen die zijn ondergebracht bij instellingen zoals de Van den Berghstichting wel terug moeten worden gebracht in de samenleving. Dit onder meer naar aanleiding van de mensen die bij de Zanderij zijn komen wonen.
   Opvoeding jeugdigen
   Klaas geeft aan dat met alle doelen die in de nota staan in ieder geval is gestart, maar ze zijn nog niet allemaal klaar. Ook zijn er activiteiten die niet bedoeld zijn om af te ronden (structureel).

In het algemeen moet er vaak nog samenhang en afstemming worden gerealiseerd, maar ook daar wordt al goed aan gewerkt. Voor nu is het de vraag of er wel allemaal nieuwe beleidsdoelen moeten worden geformuleerd.
Roely geeft aan dat de VVE op alle peuterzalen en basisscholen is uitgevoerd. Verder zijn er veel cursussen gegeven op het gebied van signalering. Het lastige is dat alles wat er nu aan zorgstructuren is opgebouwd, weer net iets anders moet worden neergezet vanwege nieuwe regelgeving.
De conclusie voor dit onderdeel is dat er een vervolg moet worden gegeven aan wat er de voorafgaande vier jaar in gang is gezet. De percentages laten ook zien dat actie nog steeds nodig is. Verder zou het mooi zijn als er ook nog iets nieuws bij komt. Roely Piek geeft aan dat door JSO een onderzoek is uitgevoerd over ondersteuning in de regio. Momenteel wordt gekeken wat de gemeente kan oppakken uit dit onderzoek.

Overmatig alcohol en drugsgebruik onder jongeren
Klaas geeft aan dat er veel te doen is over Stichting Kocon. De activiteiten die ze uitvoeren lijken weinig effect te hebben. Op dit moment loopt de discussie of er nog iets moet worden gedaan richting de ouders, maar het is de vraag of het iets uitricht. Volgens de presentatie van Irma is het alcoholgebruik onder jongeren tussen 12-17 jaar 14 procent, maar Klaas vermoedt dat dit in werkelijkheid hoger ligt. Irma geeft aan dat het mogelijk is dat er ten tijde van de peiling net iets minder werd gedronken vanwege de invoering van de euro. Loes geeft aan dat Kocon zich inmiddels ook op andere onderwerpen richt zoals de voedselbanken en integratie.

Nynke vraagt of er nog andere activiteiten zijn die de gemeente platform Kocon graag zou zien uitvoeren. Roely geeft aan dat via hangjongeren, politie etc. is opgevangen dat het cocaïnegebruik toeneemt. Wellicht zou hier iets mee kunnen worden gedaan. Stichting Voorkom doet ook preventiewerk, maar op de een of andere manier lijken alle activiteiten geen effect te sorteren. Peter geeft aan dat de klimaatverandering op het gebied van alcohol en drugsgebruik tijd nodig heeft. Anderzijds hebben de convenanten met jongerencentra over alcoholmatiging (gericht op direct resultaat) ook nog niet echt het gewenste resultaat opgeleverd. Het probleem is dat je de indrinkers vaak niet ziet. Roely Piek geeft aan dat het speerpunt voor dit onderwerp gewoon de voortgang van hoe het nu gaat moet worden.

Onvoldoende voorlichting, samenwerking en afstemming instellingen
Nynke geeft aan dat het zorgloket inmiddels is gerealiseerd. Hoe loopt dit en wat kan er nog meer worden gedaan? Anja geeft aan dat er een draaiboek van het loket is. Wat de klanten van het zorgloket vinden is nog niet bekend; dat moet nog geëvalueerd worden. Roely heeft een sociale kaart gekregen van Inge Everhardus (GGD medewerker, locatie Katwijk). Dit is niet Zorgwel Rijnland. Iedereen is daar heel enthousiast over.

Bedreiging continuïteit huisartsen
Er is één nieuwe praktijk niet doorgegaan in het kwadrant. Op het nieuwe terrein van het Zeehospitium komen wel een aantal huisartsen bij elkaar te zitten. Het een en ander is lastig te stimuleren bij gemeenten; bij het kwadrant ging het mis omdat men wilde dat de gemeenten zouden meebetalen. Er is ook een onderzoek geweest naar de vraag of er een huisartsentekort dreigt of niet. Daar blijkt uit dat er geen tekort zal gaan ontstaan.

Als Nynke alles in kaart heeft gebracht zal zij het ter revisie opsturen naar de leden van de focusgroep.

Nynke vraagt of – wanneer er een nieuwe wijk wordt aangelegd – de gemeente volksgezondheid daarin zou willen betrekken. Roely geeft aan dat Katwijk de GGD eigenlijk nooit betrekt bij de uitvoering van volksgezondheid. De aanwezigen zijn het er wel over eens dat gezondheidsaspecten moeten worden meegenomen bij de aanleg van een nieuwbouwwijk. Peter geeft aan dat de gemeente bezig is om zichzelf te profileren als sportstad. Daarnaast wordt er onder meer gewerkt aan duurzaamheid. De beleidsvorming, waaronder die rondom volksgezondheid, wordt eigenlijk nooit getoetst aan deze concepten. Wellicht kan er een soort van checklist volksgezondheid worden ingebed, met daaraan vastgekoppeld een keurmerk. Nynke adviseert om toch ook eens te kijken naar het aanbod van de GGD.

DEEL 2: Plannen voor de komende vier jaar

Ouderenmishandeling/eenzaamheid onder ouderen
Nynke vraagt welke zaken volgens de aanwezigen zeker aandacht moeten krijgen in de nota. Loes noemt ouderenmishandeling en eenzaamheid onder ouderen; daar is Katwijk ook al mee bezig. Ook is er een aanzet gemaakt voor een consultatiebureau voor ouderen met een doorverwijsfunctie naar de huisarts. Verder wordt veel met welzijnsdiensten gedaan. Denk bijvoorbeeld aan de klussendienst om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

Overgewicht (nieuw speerpunt)
Roely geeft aan dat er momenteel veel wordt gedaan aan bewegingsstimulering, maar dat er meer aandacht nodig is voor de samenhang met de thema's voeding en overgewicht. Het gaat dan om alle leeftijdsgroepen. Irma geeft aan dat het vaak een kwestie van bewustwording is bij mensen. Veel mensen schatten overgewicht niet zo ernstig in en zullen het niet als zodanig betitelen. Op die manier wordt er ook niets aan gedaan.
Conclusie: de ambtenaren vinden overgewicht een belangrijk speerpunt. Het inbedden van dit thema in de bestaande structuren voor bewegen is zeer gewenst.

Integraal denken (nieuw speerpunt)
Een tweede speerpunt waar iedereen zich in kan vinden is het integrale denken.
Belangrijke sectoren voor de sector volksgezondheid om mee samen te werken zijn bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, beheer openbare ruimte, veiligheid, economie, onderwijs, media, financiën, sport en sociale zaken. Vooralsnog vindt er binnen de gemeente Katwijk nog te weinig afstemming plaats tussen deze verschillende beleidsterreinen.

Angst en depressie bij ouderen
Loes geeft voor wat betreft het onderwerp angst en depressie bij ouderen (hoge percentages uit peiling) aan dat er al signalerende huisbezoeken en cursussen plaatsvinden vanuit AMW. Het is dus de vraag of er een speerpunt van moet worden gemaakt. Nynke wijst de aanwezigen op een mogelijk project vanuit de GGD om eenzaamheid te koppelen aan bewegen. Loes geeft aan dat er in Katwijk ook een GALM project is geweest waarin ook al een dergelijke koppeling is gemaakt. Je bereikt er echter meestal alleen de groep mee die toch al de deur uitkomt. De groep boven de 75 jaar wordt bereikt via huisbezoeken.
Conclusie: angst en depressie bij ouderen is een belangrijk punt, maar Katwijk doet hier zelf al veel aan.

Roken
De aanwezigen zijn blij verrast over de resultaten van de stoppen met roken cursus; veel mensen die hebben meegedaan zijn nog steeds gestopt. Vanuit de zorgverzekering wordt vaak het initiatief genomen voor die cursussen. Nynke vraagt of de gemeente nog iets met dit onderwerp wil doen. De aanwezigen vinden dat er zeker veel gezondheidswinst valt te behalen op dit punt, maar moet nog even nadenken over hoe het een en ander aan te pakken. Irma geeft aan dat zij geen evidence based projecten kent voor roken, maar dat het verbod om in de horeca te roken, in Italië heeft geleid tot een flinke daling van het aantal rokers.

Bewegen (handhaving speerpunten)
Het aanbod voor bewegen is al behoorlijk groot. Joop van Diepen, ambtenaar sportstimulering, vandaag niet aanwezig, heeft nog een aantal suggesties die zullen worden nagestuurd.
Conclusie: ambtenaren willen graag deze speerpunten handhaven + koppeling aan voeding.

Mantelzorg
Loes geeft aan dat hier momenteel beleid voor wordt gemaakt in het kader van de WMO nota.

Diabetes
Diabetes komt vaak voor onder allochtonen en mensen met overgewicht. Katwijk heeft niet zoveel allochtonen, maar wel veel mensen met overgewicht. De groep die al diabetes heeft is ouder en heeft een eigen diabetesverpleegkundige. Er kan preventief worden gewerkt via voeding en bewegen. Roely geeft aan dat het gevaar voor diabetes kan worden opgenomen in de projecten voor gezonde voeding en bewegen.

Concluderend zijn voor de toekomst als belangrijkste punten genoemd: integraal werken en goede voeding/bewegen.

4. **Afsluiting**
   Nynke bedankt alles focusgroepsleden voor hun input. Het verslag van deze bijeenkomst zal samen met de presentatie van Irma worden verstuurd aan de focusgroepleden. Ook zal er een vragenlijst worden meegestuurd waarop collega's aanvullingen kunnen neerzetten.

Bijlage 5 Overzicht gezondheidspeilingen 1998-2005

	Leeftijdscategorie	1998	2000	2003	2005
Lichamelijke gezondheid					
hart- en vaatziekten	jongeren volwassenen ouderen				2,1% 18%
kanker	jongeren volwassenen ouderen				2,6% **12%**
astma/COPD	jongeren volwassenen ouderen		6.5%	3,4%	 **9,9%** 11%
diabetes	jongeren volwassenen ouderen		2,0%		3,4% **16%**
Geestelijke gezondheid					
ernstige angst/depressieve klachten	jongeren volwassenen ouderen				 **6,5%** **7,7%**
eenzaamheid	jongeren volwassenen ouderen				 *3,5%*
Leefgewoonten					
alcohol drinken	jongeren volwassenen ouderen	52%	*81%*	52%	 *80%* *68%*
vaak en veel alcohol drinken	jongeren volwassenen ouderen	5%		8%	
excessief alcohol drinken	jongeren volwassenen ouderen		9%		 *13%* *5,1%*
roken	jongeren volwassenen ouderen	25%	31%	**22%**	 **33%** 11%
softdrugs	jongeren volwassenen ouderen	5%	2%	**6,6%**	
harddrugs	jongeren volwassenen ouderen	1,6%	2%	1,9%	
voldoet niet aan norm bewegen	jongeren volwassenen ouderen			90%	 36% 43%
overgewicht	jongeren volwassenen ouderen	6,7%	**46%**	8,9%	 **52%**

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN,
schuingedrukt: verschil met vijf jaar ervoor

Bijlage 6 Verslag werkconferentie Lokaal Gezondheidsbeleid 4 september 2007

Werkconferentie Lokaal Gezondheidsbeleid
Gemeente Katwijk
4 september 2007

georganiseerd door de gemeente Katwijk
in samenwerking met de GGD Hollands Midden

Colofon

Auteur:	Nynke de Jonge
Contactpersoon:	Nynke de Jonge
Publicatienummer:	07033
Uitgiftedatum:	oktober 2007
Uitgever:	GGD Hollands Midden
Bestellen:	GGD Hollands Midden, Documentatiecentrum, Postbus 121, 2300 AC Leiden

Inleiding

Op 4 september 2007 organiseerde de gemeente Katwijk, in samenwerking met de GGD HM, een werkconferentie in het kader van de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente. Zorg- en welzijnsaanbieders, belangengroeperingen en gemeentelijke diensten waren aanwezig. Doel van de bijeenkomst was informatie te verzamelen voor het gezondheidsbeleid van de gemeente. De intermediairs konden voorafgaand aan de werkconferentie vier knelpunten kiezen die de aandacht verdienen in de nota lokaal gezondheidsbeleid[25]. De top drie van deze onderwerpen is nader uitgewerkt tijdens de werkconferentie. Tijdens de bijeenkomst stond het bedenken van oplossingen voor de drie knelpunten centraal. In werkgroepen onder begeleiding van procesbegeleiders van de GGD HM werden doelstellingen en oplossingen geformuleerd voor de volgende drie knelpunten:
1) Opvoeding Jeugd, 2) Eenzaamheid bij ouderen, 3) Overmatig Alcoholgebruik.

Opening door wethouder W. J. van Duijn, portefeuillehouder volksgezondheid gemeente Katwijk

De heer Van Duijn heet alle deelnemers welkom en licht het doel van de bijeenkomst toe.
Hieronder volgt de integrale tekst:

"Welkom. Goed dat u er allemaal bent om vanavond, wederom, mee te denken en te praten over de actualisering van het lokaal gezondheidsbeleid. Vier jaar geleden hebben wij ook al dergelijke sessies georganiseerd om met elkaar de speerpunten te benoemen en te kijken wat voor oplossingsrichtingen daarvoor mogelijk zijn.
De looptijd van de huidige nota lokaal gezondheidsbeleid is echter voorbij. Het is namelijk de bedoeling van het rijk dat er periodiek, eens in de vier jaar, een geactualiseerde nota wordt vastgesteld. Actualisering kan immers nodig zijn, omdat de vraagstukken en de behoeften in de samenleving zich ook dynamisch ontwikkelen. Bij veranderende omstandigheden kan het noodzakelijk zijn om het beleid daarop aan te passen.
Dat betekent o.a. dat het belangrijk is te weten wat de behoeften zijn op het gebied van de lokale gezondheid. Het ministerie van VWS heeft daar ook onderzoek naar laten doen en dat heeft geleid tot een preventienota, waarin vijf speerpunten door het rijk worden genoemd: overmatig alcoholgebruik, overgewicht, roken, diabetes en depressie.
Naast de preventienota van VWS vinden wij het echter ook belangrijk dat u, als deskundige van de lokale situatie, aangeeft wat belangrijke aandachtspunten zijn. Bij uw inschrijving hebt u uw prioriteiten aangegeven. Twee daarvan zijn inmiddels voor de gemeente Katwijk oude bekenden: nl. 'Opvoeding jeugd' en aanpak 'Overmatig alcoholgebruik'. De gemeente heeft hier de afgelopen jaren al stevig in geïnvesteerd, maar blijkbaar geeft u aan dat deze zaken hoge prioriteit moeten blijven behouden. Een andere prioriteit die u aangeeft is de 'Vereenzaming van ouderen'. Een probleem wat zich gemakkelijk aan het zicht onttrekt, maar zoals blijkt uit signalen toch een toenemend probleem aan het worden is. Juist bij de voortgaande vergrijzing dus een belangrijk thema om in een lokaal gezondheidsbeleid mee te nemen.
Dat geeft ook al aan dat er een belangrijke samenhang is tussen het actualiseren van de nota gezondheidsbeleid en het in ontwikkeling zijnde beleidsplan WMO. De drie prioriteiten passen immers elk in een prestatieveld van de WMO. Als gemeente streven we er dan ook naar om een samenhang tussen deze twee beleidsdocumenten te realiseren, zodat ze elkaar onderling versterken.
Wat verwachten we van u vanavond? Deze avond is opgezet als een werkbijeenkomst. De mouwen moeten dus worden opgestroopt, want we verwachten van u uw inbreng. Vanavond gaan we aan de gang met de speerpunten voor de komende vier jaar, die ik u zojuist genoemd heb. We hebben bij de ontwikkeling van deze nota de deskundige hulp van onze eigen GGD ingeroepen. Hun expertise in preventieve gezondheidszorg, uw deskundigheid van de lokale situatie en de inhoudelijke inbreng van onze ambtenaren zijn goede randvoorwaarden om tot een evenwichtig beleidsstuk te komen. De medewerkers van de GGD hebben het draaiboek voor deze avond gemaakt en zorgen voor de procesbegeleiding van deze avond. De resultaten van vanavond zullen uiteraard input zijn voor de nieuwe nota.
Dus de handen uit de mouwen vanavond. Veel succes!"

[25] De intermediairs konden een keuze maken uit knelpunten uit het bijgevoegde schema.

Uitwerking knelpunten in werkgroepen

In drie groepen is op gestructureerde werkwijze, onder leiding van procesbegeleiders van de GGD HM, gewerkt aan oplossingsrichtingen voor de geselecteerde knelpunten. De werkwijze zag er als volgt uit: eerst een nadere verkenning van het probleem door middel van een brainstorm. Vervolgens afbakening van het probleem door middel van selectie van de belangrijkste aspecten van het probleem. Tenslotte, in de laatste fase, inventarisatie van haalbare en relevante oplossingen. Om de oplossingen concreet te maken zijn vragen beantwoord als: wie zijn belangrijke partijen, welke concrete acties zouden we moeten nemen, wat zijn succes- en faalfactoren.

1. Opvoeding Jeugd

De probleemomschrijving: veel kinderen groeien door verschillende redenen steeds minder op in een veilige en stimulerende omgeving. Er bestaan meer zogenaamde risicogezinnen met jonge kinderen. Ouders en verzorgers hebben daarbij steeds meer behoefte aan professionele hulp bij hun vragen over opvoeding en opgroeien.
Daarnaast is er nog steeds sprake van versnippering van het lokale jeugdbeleid. Het is noodzaak om meer samenhang te creëren tussen het jeugdbeleid, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg.

Verkenning knelpunt

Allereerst is besproken wat er allemaal onder het knelpunt Opvoeding Jeugd valt. Er zijn momenteel veel ontwikkelingen gaande op het gebied van de jeugdzorg. Zoals bijvoorbeeld de zorgnetwerken, centra voor jeugd en gezin (CJG) en het elektronisch kinddossier (EKD). Ondanks alle positieve ontwikkelingen en ondanks de bestaande dekkende zorgstructuur vinden de intermediairs dat er nog steeds een gebrek aan samenhang en samenwerking is. Zo zijn er veel aanbieders maar wordt er niet of slecht afgestemd. Daarnaast vindt iedereen vroegsignalering erg belangrijk maar vaak is het onduidelijk waar men na signalering terecht kan of naar wie men kan doorverwijzen. Ook de wachtlijsten binnen Bureau jeugdzorg (BJZ), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en het onderwijs voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen (ZMOK) vormen een probleem. Momenteel wordt er zeer beperkt gebruik gemaakt van de opvoedingsondersteuning. Er heerst nog een taboesfeer waardoor ouders minder snel om hulp vragen. Een CJG zal laagdrempelig moeten zijn en kan voor betere afstemming tussen verschillende partijen zorgen.
Er bestaan grote verschillen tussen kinderen. Er zijn kinderen die problemen kennen vanwege stoornissen maar ook vanwege de opvoeding of door hun thuissituatie. De huisarts speelt een belangrijke rol bij signalering en verwijzing. Huisartsen moet dan ook betrokken worden en zich betrokken voelen bij een CJG of een zorgnetwerk. Huisartsen hebben de ervaring dat door de diagnose te stellen er makkelijker deuren worden geopend binnen andere organisaties. Hierdoor hoeft men minder lang op hulp te wachten.

Doelstelling

Bij de inventarisatie van doelstellingen kwam het volgende naar voren:
- Er moet meer samenhang komen tussen jeugdgezondheidszorg, jeugdbeleid en jeugdzorg;
- Het ingezette beleid is niet Evidence Based;
- Er moeten juist verschillende vangnetten zijn i.p.v. één centraal punt;
- Er wordt veel dubbel werk gedaan door verschillende organisaties vanwege te weinig of slechte communicatie tussen instellingen en netwerken;
- De gemeente is vrij om het CJG vorm te geven;
- Er is nog een grote slag te maken vóór het zorgtraject. Men kan ook vroegsignaleren in sociaal culturele organisaties. Zoals bijvoorbeeld op sportverenigingen, jeugdclubs, scholen en jeugdjongerenwerk, etc. Het is belangrijk dat men weet waar men terecht kan;
- Peuterspeelzaalwerk heeft een belangrijke signaleringsfunctie;
- Overgewicht onder kinderen neemt toe. Ook hiervoor moet opvoedingsondersteuning worden aangeboden.

Bovenstaande inventarisatie leidt tot de volgende vier kernpunten:

1. De rol van de huisarts in een CJG is zeer belangrijk. De gemeente bekijkt samen met de huisartsen welke werkafspraken er gemaakt kunnen worden. Er is afgesproken dat de gemeente een aanzet doet tot een voorstel.
2. De opvoedingsondersteuning moet laagdrempelig worden gemaakt.
3. Er dient meer vroegsignalering plaats te vinden. Hiervoor dient één centraal punt te komen waar men kan melden en de cliënt kan worden geholpen of doorverwezen.
4. Door te weinig communicatie tussen instellingen en netwerken wordt er onnodig veel dubbel werk gedaan door verschillende organisaties.

De deelnemers kiezen ervoor om punt 3 verder uit te werken. Het gaat er met name om dat sociaal cultureel werk en sportverenigingen weten waar zij met hun signalen terecht kunnen.
De deelnemers hebben de volgende concrete doelstelling geformuleerd:

Binnen 4 jaar moet 80% van de organisaties die met jongeren werken weten waar ze terecht kunnen met hun individuele zorgen om jongeren, zowel qua melding als qua advies.

Oplossingen

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat bovengenoemde doelstelling bereikt wordt?
De groep vindt het met name belangrijk dat er een centraal meldpunt komt. Dit kan door gebruik te maken van de reeds bestaande structuren zoals bijvoorbeeld Factor W. Maar bij voorkeur in de vorm van een CJG. Het consultatiebureau, jeugdgezondheidszorg en Bureau Jeugdzorg dienen hieraan deel te nemen. Vanuit het CJG kunnen cliënten worden doorverwezen naar bijv. het signaleringsoverleg (12+) of de GGZ, etc. Het meldpunt dient een andere naam dan 'meldpunt' te dragen en moet lokale bekendheid krijgen. De huidige situatie moet beter gestroomlijnd worden. Er moet in kaart worden gebracht wat de reeds bestaande mogelijkheden zijn in Katwijk. Door het CJG zal er een betere en goede onderlinge communicatie mogelijk zijn. Wel bestaan er nog steeds onbereikbare groepen. Andere partijen, naast de jeugdarts, moeten dan ook helpen met signaleren. Krachten moeten hierin gebundeld worden. De melder moet teruggekoppeld worden of betrokken worden in het proces.

2. Eenzaamheid ouderen

De probleemomschrijving: eenzaamheid is een complex probleem. Eenzaamheid kent verschillende vormen en oorzaken, is vaak het gevolg van opeenvolgende gebeurtenissen in iemands levensloop en personen op hoge leeftijd zijn vaak niet makkelijk te activeren. Voor eenzame ouderen is de drempel hoog om gebruik te maken van bestaand aanbod. Eenzame ouderen hebben over het algemeen een klein sociaal netwerk waar op ze terug kunnen vallen voor hulp als ze dat nodig hebben. Hoe eenzamer de ouderen zijn, des te vaker hebben ze angst- of depressieve klachten en/of hebben ze aan suïcide gedacht.

Verkenning knelpunt

Allereerst is besproken wat er onder eenzaamheid wordt verstaan. Eenzaamheid is niet gelijk aan alleen zijn. Sommige mensen hebben een groot netwerk en voelen zich toch eenzaam, anderen hebben een heel kleine kring om zich heen en voelen zich niet eenzaam.
Een veel gehanteerde definitie luidt als volgt: eenzaamheid is een ervaren verschil tussen de kwaliteit van de relaties zoals men die nu onderhoudt en de relaties zoals men die voor zichzelf zou wensen. Vervolgens deed de vraag zich voor over welke leeftijdsgroep we het hebben. Aan de ene kant komt eenzaamheid meer voor bij de 'oudere ouderen' (75+), aan de andere kant komt het ook voor bij mensen die na hun pensioen opeens een ander leven hebben en een deel van hun netwerk zijn kwijtgeraakt. We komen dus uit op een bredere doelgroep van 65 jaar en ouder.

Eenzaamheid zie je relatief vaak bij:
- Bij mantelzorgers kan eenzaamheid ontstaan door overbelasting; de mantelzorger komt niet of nauwelijks toe aan sociale contacten;
- Bij dementerenden en hun mantelzorger(s) spelen ook nog de gevolgen van dementie een rol;
- Na verlies van dierbaren: als je in korte tijd meerdere dierbare personen verliest kan het moeilijk zijn om nieuwe contacten aan te gaan;
- Net gepensioneerden die de structuur van het werk en het contact met hun collega's missen;
- Personen die niet meer in staat zijn een eigen netwerk op te zetten of te onderhouden; dit kan bijvoorbeeld komen door ziekte en verlies aan mobiliteit;
- Mensen met weinig financiële armslag, omdat zij minder mogelijkheden hebben tot deelname aan activiteiten waarbij je andere personen ontmoet, zoals culturele activiteiten of georganiseerde beweegactiviteiten. Vooral in de toekomst kan een financiële drempel gaan spelen. Bijvoorbeeld door de gevolgen van de WMO;
- Bij mensen die onvoldoende of geen pensioen hebben opgebouwd. In de toekomst zal een grotere tweedeling ontstaan van ouderen die het financieel goed hebben en de ouderen die het hoofd nauwelijks boven water kunnen houden.

Daarnaast zijn de omgeving en de aanwezigheid van voorzieningen van invloed op eenzaamheid:
- Een woonomgeving die niet uitlokt om naar buiten te gaan en zo mensen te ontmoeten;
- Een gebrek aan voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn;
- Onvoldoende mogelijkheden voor ouderen om zich met het openbaar vervoer binnen de gemeente te verplaatsen (kan men bijvoorbeeld makkelijk met de bus naar het overdekte winkelcentrum waar ouderen elkaar vaak ontmoeten op een bankje, wachtend op de belbus);
- Obstakels en drempels op de openbare weg en binnen gebouwen die de toegankelijkheid tot voorzieningen belemmeren;
- Er geen goed pakket is aan welzijnsvoorzieningen;
- Er onvoldoende samenwerking is tussen de organisaties die betrokken zijn bij de zorg en het welzijn van ouderen.

Doelstelling

De werkgroep formuleert de volgende doelstelling om richting te geven aan het benoemen van oplossingen:
In Katwijk is de eenzaamheid bij 65-plussers gedaald van 36% naar 30% in 2012.

Tijdens de discussie hierover kwam ter sprake dat er binnen de aanpak van eenzaamheid extra aandacht moet zijn voor de eenzaamheid van 75-plussers en voor mensen die ernstig eenzaam zijn.

Uit een gezondheidsenquête van GGD HM (2006) blijkt dat 36% van de 65-plussers in Katwijk eenzaam is. Dit percentage is opgenomen in de doelstelling.
De doelstelling gaat uit van een daling van 6 procentpunt. Over de vraag wat een haalbare en realistische daling van eenzaamheid zou zijn, liepen de meningen evenwel uiteen. De te verwachten daling is dus nog een punt van aandacht.

Oplossingen

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat eenzaamheid bij 65-plussers daalt?

- Activiteiten gericht op de beeldvorming van jongeren over ouderen. Ervoor zorgen dat jongeren in contact komen met ouderen en dat zij een positief beeld hebben van ouderen;
- Werk ook aan de beeldvorming van ouderen over ouderen. Ouderen hebben soms een negatief beeld van zichzelf en hun leeftijdgenoten. Andere ouderen hebben daarentegen een positievere benadering en benadrukken bijvoorbeeld juist dat ouderen nog veel kunnen en willen;
- Bereid 55-plussers voor op hun "oude dag". Denk bijvoorbeeld aan de cursussen die sommige bedrijven aanbieden aan hun werknemers die met pensioen gaan;
- Zorg voor huisvesting voor ouderen die onderling contact uitlokken, zoals kleinschalige woongroepen en woonservicezones;
- Zorg voor een breed aanbod aan preventieactiviteiten die depressie en eenzaamheid voorkomen;
- Zorg voor het juiste aanbod van welzijnsdiensten;
- Ouderen komen niet snel uit voor hun gevoelens van eenzaamheid. Het is belangrijk dat de medewerkers van het loket WZW de vraag achter de vraag kunnen achterhalen (loket WZW);
- Bij de huisarts presenteren eenzame ouderen vaak lichamelijke klachten zonder te benoemen dat ze zich eenzaam voelen. De huisarts kan gevoelens van eenzaamheid beter signaleren en bespreekbaar maken door expliciet te vragen aan de ouderen hoe zij zich voelen;
- Samenwerking ouderenorganisaties, zorg en woningcorporaties (zorgketen);
- Deskundigheidsbevordering van mensen die vroegtijdig eenzaamheid kunnen signaleren, zoals de medewerker van het lokaal loket, thuiszorgmedewerkers en vrijwilligers (alle betrokkenen in de zorgketen);
- Betrek de kerken bij het signaleren van eenzaamheid. Zorg dat men weet bij wie je signaal kan doorgeven en zorg dat die persoon goed op de hoogte is naar wie hij of zij kan doorverwijzen (bijv. ouderenadviseur) of naar welk aanbod;
- Maak beter bekend dat de ouderenadviseur ouderen helpen bij het zoeken naar oplossingen tegen eenzaamheid.

Na de brainstorm van oplossingen, vindt een verdere verdieping plaats van enkele oplossingsrichtingen. De groep wil nader in gaan op preventieactiviteiten en op signalering.

Preventieactiviteiten gericht op het voorkomen van (verergering van) eenzaamheid

- Voor mantelzorgers bestaat divers aanbod. Een cursus die bijvoorbeeld een preventief effect heeft op eenzaamheid is 'De zorg de baas';
- Biedt 55-plussers een cursus aan waarin men samen breed nadenkt hoe je oud wilt worden. Een onderdeel daarbij is aandacht voor het belang dat je op die leeftijd al een breed netwerk onderhoudt dan wel opbouwt. Het SWOK is al bezig met het maken van plannen voor een dergelijke cursus;
- Een groot probleem is hoe je de ouderen bereikt met het bestaande aanbod. De gemeente mag bijvoorbeeld niet alle 55-plussers een brief sturen om hen uit te nodigen van een cursus die hen voorbereidt op het ouder worden. De gemeente kan onderzoeken welke mogelijkheden ze hebben om ouderen wel te bereiken;
- Zorg dat het onderwerp eenzaamheid beter bespreekbaar wordt en dat ouderen makkelijker kunnen accepteren dat zij zich eenzaam voelen. Als zij weten dat een derde van de ouderen eenzaam is, gaan zij anders aankijken tegen hun gevoelens, hun eenzaamheid niet als een probleem maar als 'normaal' beschouwen. Breng het onderwerp daarom onder de aandacht via:
  - Regelmatig aansprekende stukjes in lokale kranten en in het blad 'Thuis';
  - Folder bij SWO KRV, huisartsen, zorginstellingen, zorgloket;
  - De wijze waarop het onderwerp wordt besproken is belangrijk. De formulering luistert nauw. Eenzaamheid expliciet benoemen schrikt af, een positieve insteek gericht op wat ouderen kunnen (ontwikkelen) werkt beter. Geadviseerd wordt om een goede communicatieadviseur erbij te betrekken.

- Zorg dat het aanbod (ontmoetingsmogelijkheden, cursussen die bijdragen aan vaardigheden om eenzaamheid te verminderen en depressiepreventie) goed bekend is bij ouderen en bij verwijzers.
- Verzorg spreekbeurten over eenzaamheid en wat je eraan kan doen voor groepen ouderen die in een ander verband al bij elkaar komen (bijv. vereniging van huisvrouwen).

Verbetering van signalering van eenzaamheid

- Zorg voor een betere samenwerking in de keten;
- Partijen die daarbij betrokken moeten/ kunnen worden:
  - GGZ;
  - Thuiszorg;
  - SWOKRV;
  - AMW;
  - St. Mantelzorg;
  - Vrijwilligersorganisaties;
  - Gemeente → WMO-beleid.
- Deskundigheidsbevordering was al eerder genoemd, maar wordt in dit kader nog eens expliciet onder de aandacht gebracht.

3. Overmatig alcoholgebruik

De probleemomschrijving: in Nederland drinken veel mensen alcohol. Matig gebruik levert meestal geen problemen op, overmatig gebruik echter wel. Schadelijk alcoholgebruik staat in de top-10 van gezondheidsproblemen in ons land. Het gaat hierbij om verslaving maar ook om acute gezondheidsschade door bijvoorbeeld alcoholvergiftiging. Jongeren drinken steeds meer en op steeds jongere leeftijd. Geregeld en overmatig alcoholgebruik door grote groepen jongeren op steeds jongere leeftijd lijkt, ondanks inspanningen van de gemeente, gewoon te worden.

Verkenning knelpunt

De teleurstelling wordt uitgesproken dat de jarenlange inspanningen van de stichting Kocon niet heeft geleid tot een afname van het alcoholgebruik onder de jeugd. Sterker nog, de jeugd is alleen maar meer gaan drinken. Niet alleen drinken jongeren op steeds jongere leeftijd, ook het aantal glazen dat wordt gedronken is toegenomen.
Zorgelijk is de toename van het aantal jonge kinderen (10-13 jaar) dat met een acute alcoholvergiftiging wordt opgenomen in het ziekenhuis. Men maakt zich zorgen over de gevolgen voor de gezondheid van deze kinderen in de toekomst. Het lange termijneffect van veel drinken op jonge leeftijd is ongewis.
De combinatie van het gebruik van cocaïne met alcohol wordt als probleem gesignaleerd.
Een speciale groep vormen de GGZ-cliënten (150-160 uit Katwijk) waarvan ongeveer de helft problemen heeft met alcoholgebruik.
Probleem bij de bestrijding is de verwevenheid van alcohol in het dagelijks leven van mensen. De acceptatie van het alcoholgebruik is erg groot.

Doelstelling

De motivatie om te blijven investeren in het bestrijden van overmatig alcoholgebruik is:
- De gezondheidsschade door alcohol zowel op korte (alcoholvergiftiging) als lange termijn (chronische aandoeningen);
- Het niet meer goed kunnen functioneren (gezin, werk, school);
- De overlast die door overmatig gebruik wordt veroorzaakt.

Doel: Overmatig alcoholgebruik terugdringen
Subdoel 1: Jongeren onder de 16 jaar drinken geen alcohol
Subdoel 2: Jongeren van 16 jaar en ouder en volwassenen drinken verantwoord alcohol

Oplossingen

Subdoel 1 Jongeren onder de 16 jaar drinken geen alcohol
- Bestaande wet- en regelgeving beter bekend maken en handhaven;
- Strafbaar stellen van het schenken van alcohol aan jongeren onder 16 jaar op elke locatie, dus ook in bijvoorbeeld sportkantines of scholen. Het is verboden om gelegenheid te geven tot het schenken van alcohol aan jongeren onder de 16 jaar. Dus ook al doe je het niet zelf, als je anderen toestaat om alcohol te schenken ben je aansprakelijk;
- Verkoopverbod van alcohol optrekken naar 18 jaar. Als je achttien wordt, ben je voor de wet volwassen. Je mag stemmen, je mag je rijbewijs halen. Een mooie leeftijd om ook alcohol te mogen drinken;
- Intensiveer de preventie richting 16-plussers en volwassenen met de boodschap: alcohol is schadelijk voor kinderen die nog moeten groeien en jullie zijn hiervoor medeverantwoordelijk. Net als ouders verantwoordelijk zijn voor de gezonde ontwikkeling van hun kinderen.

Subdoel 2 Jongeren van 16 jaar en ouder en volwassenen drinken verantwoord alcohol
Het bleek veel moeilijker om voor dit doel oplossingen te bedenken. De problematiek ligt erg dicht bij onszelf en onze eigen houding ten opzichte van het gebruik. Het idee van 'eigen verantwoordelijkheid' is heel sterk. Massamediale boodschappen over hoe slecht te veel drinken voor je is, werken minimaal. Om het gedrag te veranderen is persoonlijke motivatie nodig en dat hebben mensen alleen als ze zelf de nadelen van het alcoholgebruik aan den lijve ondervoelen.

Misschien dat indirect de nadruk op het beland van 'een goed voorbeeld geven aan de jeugd' ook helpt het eigen gebruik binnen verantwoorde grenzen te houden.

Afsluiting door dhr. W.J. van Duijn, portefeuillehouder volksgezondheid gemeente Katwijk

Dhr. van Duijn dankt alle deelnemers en de procesbegeleiders van de GGD voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente. De uitkomsten van de werkconferentie dienen als belangrijke input voor de nota lokaal gezondheidsbeleid.

Genodigden werkconferentie lokaal gezondheidsbeleid Katwijk

	Functie / instantie	Achternaam	Naam	Aanwezig
1	ANBO	Spek, van der	D.	
2	Bureau Jeugdzorg			
3	COBK	Guijt		
4	Factor Welzijn	Arkel, van	P.	
5	Gemeente Katwijk, wethouder	Duijn, van	Wim	X
6	Gemeente Katwijk, ambtenaar algemeen, maatschappelijke opvang	Jehee	Peter	X
7	Gemeente Katwijk, ambtenaar jeugd	Jong, de	Klaas	X
8	Gemeente Katwijk, projectleider WMO	Oost, van	Anja	X
9	Gemeente Katwijk, ambtenaar peuterspeelzalen, JGZ, kinderopvang	Piek	Roely	X
10	Gemeente Katwijk, ambtenaar ouderen	Remmelzwaal	Loes	X
11	GGD Hollands Midden, beleidsmedewerker	Jonge, de	Nynke	X
12	GGD Hollands Midden, hoofd JGZ	Lodder	Adri	X
13	GGD Hollands Midden, beleidsmedewerker	Lottman	Irene	X
14	GGD Hollands Midden, epidemioloog	Tielen	Hanneke	X
15	GGD Hollands Midden, beleidsmedewerker	Zouwe, v.d.	Nicolette	X
16	GGZ Duin- en Bollenstreek	Sterk	Bert	X
17	GGZ Duin- en Bollenstreek	Blomberg	Adriek	X
18	Huisarts	Bergman	W.E.	
19	Huisarts	Duijn, van	Huug	X
20	Huisarts	Duijn, van	L.	
21	Huisarts	Schonenberg		
21	Huisarts	Dijk	F.J.	
22	Huisarts	Henneman	J.J.A.	
23	Huisarts	Hove, ten	Hans	X
24	Huisarts	Hueting	Henk	X
25	Huisarts	Lodder	J.A.J.	
26	Huisarts	Meewisse	W.C.M.	
27	Huisarts	Moolenburgh	Hans	X
28	Huisarts	Priester	E.C.M.	
29	Huisarts	Pool	J.A.	
30	Huisarts	Velberg	I.D.	
31	Huisarts	Wattel	J.W.	
32	Huisartsenpraktijk Nieuw Rapenburg			
33	Huisartsenpraktijk Roos en Van den Berg			
34	Huisartsenpraktijk Timmers			
35	Kocon en De Brug	Guijt	Thea	X
36	Kocon en GGD HM	Rhijn, van	Aafke	X
37	KOK Kinderopvang			
38	Libertas Leiden	Greve	Anja	X
39	Parnassia Verslavingszorg			
40	Regionaal Steunpunt Vrijwillige Hulp			
41	Steunpunt Mantelzorg	Wassenaar	Martine	X
42	SPG / KRV	Jungerius- van Egmond	Corrie	X
43	Stichting Peuterspeelzaal Rijnsburg			
44	Stichting Peuterkring Katwijk	Minnee	Gerda	X
45	Stichting Prot. Chr. Peuterspeelzalen			
46	Stichting Seniorenbelangen Katrijn	Schee, van de	A.	
47	Stichting ZOZ			
48	SWOK	Ruiter, de	Jeannet	X
49	SWO KRV	Hoek	Trudie	X
50	Valent Algemeen maatschappelijk werk			
51	Valent, verpleegkundige 0-4 jarigen	Diepeveen	Ineke	X
52	Valent, verpleegkundige 0-4 jarigen	Dongen, van	Lizette	X
53	Valent, verpleegkundige 0-4 jarigen	Kreuzenkamp	Annemiek	X
54	Valent thuiszorg	Kroft, van de	Annette	X
55	Zorggroep SARK	Smit	Wil	X

Bijlage 7 De WMO- prestatievelden

De landelijke WMO-prestatievelden

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

De clustering van de 9 WMO-prestatievelden gemeente Katwijk

1. samen leven in buurt en wijk (prestatieveld 1);
2. opgroeien (prestatieveld 2);
3. mantelzorg en vrijwilligers (prestatieveld 4);
4. meedoen makkelijker maken (prestatievelden 3, 5 en 6);
5. preventie, zorg en opvang (prestatievelden 7, 8 en 9).

Bijlage 8 Overzicht taken GGD HM

Wettelijk verplichte taken:
Onderzoek (epidemiologie)
De GGD verzamelt en analyseert gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking in de regio. Daarvoor maakt de GGD gebruik van:
- gegevens uit de gezondheidspeilingen jeugd, volwassenen en ouderen, die de GGD elke vier jaar uitvoert onder de bevolking
- gegevens uit eigen registraties;
- gegevens uit landelijk onderzoek.

Al die informatie levert een beeld op van de gezondheid van de bevolking in de regio en van de aard en omvang van gezondheidsproblemen.

Beleidsadvisering
Gemeenten zijn verplicht eens in de vier jaar hun plannen rond lokaal gezondheidsbeleid te verwoorden. Hiertoe biedt de GGD de gemeenten inzicht in recente ontwikkelingen op gezondheid en zorg, op landelijke en regionaal niveau. Indien gewenst, ondersteunt de GGD de gemeenten ook bij het houden van werkconferenties over het onderwerp.
Daarnaast adviseert de GGD de gemeenten gevraagd en ongevraagd over gezondheidsaspecten van beleidsbeslissingen en over de aanpak van gezondheidsproblemen. Een voorbeeld is de Handreiking 'Integrale lokale aanpak van de preventie van overgewicht.

Gezondheidsbevordering
Het bevorderen van gezond gedrag is een belangrijk onderdeel van gezondheidsbeleid. In nauwe samenspraak met de gemeenten voert de GGD de komende vier jaar een meerjarenprogramma "Gezond eten en bewegen" uit. Hiermee sluit de GGD tevens aan op het rijkspreventiebeleid, waarin bewegingstimulering en het voorkomen van overgewicht prioriteiten zijn. Daarnaast geeft de GGD continue aandacht aan preventie van roken en overmatig alcoholgebruik, m.n. ten aanzien van jongeren.

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)
De GGD draagt bij aan de bevordering van de OGGZ door o.a.:
- beleidsadvisering middels de secretaris functie van het beleidsvoorbereidende Platform OGGZ ZHN;
- het Meldpunt Vangnet en Advies, waar burgers en instellingen situaties kunnen melden waarover men zich zorgen maakt.
- een integrale aanpak van Huiselijk Geweld;
- coördinatie van de psychosociale hulp bij kleinschalige calamiteiten en zedenzaken;
- uitvoering van diverse preventieprojecten.

Medische milieukunde
De GGD bewaakt dat de gezondheid van burgers geen gevaar loopt als gevolg van milieuproblemen. Daarvoor voert de GGD de volgende taken uit:
- signalering van klachten en meldingen (bijvoorbeeld over binnenmilieu, bodemverontreiniging of over een opvallend hoog aantal mensen met kanker in een bepaalde straat);
- onderzoek naar aanleiding van klachten en meldingen;
- een beoordeling maken van de ernst van de situatie;
- adviseren en voorlichten over de aanpak van problemen, aan onder andere gemeenten, burgers en milieudiensten.

Technische hygiënezorg
Onder de naam Technische hygiënezorg werkt de GGD aan de bestrijding van infectieziekten, door inspectie van en advisering over de hygiënische omstandigheden en veiligheid in verschillende soorten instellingen. Het gaat hierbij vooral om collectieve voorzieningen, zoals bijvoorbeeld: kindercentra, tatoeage- en piercingshops en prostitutiebedrijven.
Twee andere voorbeelden van GGD-taken in dit kader: advisering bij het aantreffen van legionella in leidingwater en het beantwoorden van vragen van burgers over bijvoorbeeld zwemwater, ongedierte en legionella.

Bestrijding van infectieziekten
- registreren van meldingen: voor sommige infectieziekten is melding wettelijk verplicht;
- bron- en contactonderzoek: nagaan hoe iemand besmet is geraakt en wie hij of zij vervolgens kan hebben besmet, bijvoorbeeld bij tuberculose;
- het adviseren over maatregelen, zoals een werkverbod voor een patiënt, sluiting of ontsmetting van een gebouw;
- voorlichting, bijvoorbeeld over het voorkomen van besmetting met soa (waaronder hepatitis B en hiv / aids);
- vaccinatie op kleine of grote(re) schaal;
- voorbereiding op mogelijke grootschalige uitbraken van infectieziekten.

Jeugdgezondheidszorg
Ook dat is een taak die de GGD al heel lang uitvoert: het bevorderen en bewaken van de gezondheid, groei en de ontwikkeling van jeugdigen van 4 tot 19 jaar. De GGD doet dit onder andere door:
- alle kinderen tijdens de schoolperiode een aantal malen uit te nodigen voor een Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) of een screening (kinderen kunnen ook een extra zorgcontact krijgen als er vragen of problemen zijn over gezondheid, ontwikkeling, opvoeding of leefstijl);
- vaccinatie van negen jarigen (herhaling DTP en BMR vaccinatie); daarnaast worden ook niet- of onvolledig ingeënte kinderen van vier tot dertien jaar in de gelegenheid gesteld zich te laten inenten;
- vroegtijdige signalering van ernstige zaken, zoals verwaarlozing of mishandeling. Zonodig gaat de sociaal verpleegkundige op huisbezoek;
- ondersteuning van docenten die gezondheidsprojecten of lessen uitvoeren (door cursussen en / of door uitleen van materialen;
- advisering en ondersteuning van scholen bij schoolgezondheidsbeleid en een gezond schoolklimaat.

Met de inwerkingtreding van de gewijzigde CPV per 1 januari 2003 hebben gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen voor de jeugdgezondheidszorg voor alle kinderen van 0 tot 19 jaar. De Thuiszorg voert de JGZ uit voor 0-4 jarigen. De WPG voegt 1 nieuw element toe aan de gemeentelijke taak voor de JGZ en dat betreft de digitale gevensopslag.

Medische Opvang Asielzoekers
De GGD is in de regio verantwoordelijk voor de preventieve zorg en voor de toeleiding naar medische zorg van asielzoekers. De GGD werkt daarvoor samen met andere GGD'en en de stichting MOA binnen de provincie Zuid-Holland. De MOA-stichting voert de volgende taken uit: jeugdgezondheidszorg, hygiëneadvisering, bestrijding van infectieziekten en gezondheidsvoorlichting.

De GGD voert ook niet wettelijk verplichte taken uit:
Reizigersadvisering
Reizigers naar (sub)tropische landen en landen in Oost-Europa kunnen bij de GGD advies krijgen over het voorkomen van besmetting met infectieziekte door onder meer hygiënerichtlijnen. Ook kunnen reizigers zich bij de GGD laten vaccineren.

Sociaal-medische advisering
Burgers kunnen voor bepaalde zaken een aanvraag indienen bij een gemeentelijke instantie. Die gaat over arbeids(on)geschiktheid, invalidenparkeerkaarten en -vergunningen, verhuiskostenvergoeding en huisvestingsurgentie. De instelling vraagt en krijgt dan een onafhankelijk advies van de GGD.

Keuringen
Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) vraagt burgers die de leeftijd van 70 jaar hebben bereikt bij een aanvraag van een rijbewijs om een Verklaring van Geschiktheid.
De GGD kan dan de medische keuring voor dat rijbewijs verzorgen.

Forensische geneeskunde
Forensische geneeskunde staat voor gerechtelijke geneeskunde en omvat het medisch advies van GGD-artsen aan politie en justitie. De belangrijkste taken zijn: arrestantenzorg, lijkschouw, euthanasiemelding, letselbeschrijving en bloedproef.

Bijlage 9 De Wet Publieke Gezondheid

Wet van 9 oktober 2008, houdende bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid)

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

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:
Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het, ter implementatie van de herziene Internationale Gezondheidsregeling en om beter voorbereid te zijn op infectieziektecrises, wenselijk is voor de infectieziektebestrijding regels te stellen betreffende de organisatie ervan en de informatieverplichtingen en de bevoegdheden tot optreden uit te breiden; dat het wenselijk is om deze regels samen met de bestaande bepalingen onder te brengen in één wet opdat een samenhangend geheel ontstaat; dat daarom de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet kunnen worden ingetrokken en worden vervangen door een wet voor de publieke gezondheid; dat het daarnaast wenselijk is om in deze wet een bepaling op te nemen omtrent een verplichte digitale gegevensopslag bij de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg;

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

Hoofdstuk I. Algemene bepalingen

Artikel 1

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

a. *de Internationale Gezondheidsregeling:* de Internationale Gezondheidsregeling met Bijlagen (Trb. 2007, 34);
b. *Onze Minister:* Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
c. *publieke gezondheidszorg:* de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten;
d. *jeugdgezondheidszorg:* de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen tot negentien jaar;
da. *ouderengezondheidszorg:* de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen boven de vijfenzestig jaar.
e. *groep A:* pokken, polio, severe acute respiratory syndrome (SARS);
f. *groep B1:* humane infectie veroorzaakt door een aviair influenzavirus, difterie, pest, rabies, tuberculose, virale hemorragische koorts;
g. *groep B2:* buiktyfus (typhoid fever), cholera, hepatitis A, B en C, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, shigellose, shiga toxine producerende escherichia (STEC)/enterohemorragische escherichia coli-infectie, invasieve groep A streptokokkeninfectie, voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij twee of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron;
h. *groep C:* de krachtens artikel 19 aangewezen infectieziekten;
i. *epidemie van een infectieziekte:* een in korte tijd sterke toename van het aantal nieuwe patiënten lijdend aan een infectieziekte behorend tot groep A, B1, B2 of C;
j. *quarantaine:* verblijf van een persoon die mogelijk besmet is met een infectieziekte behorend tot groep A in een door de burgemeester aangewezen gebouw, schip of in een aantal aangewezen ruimten daarbinnen, in verband met de bestrijding van de gevaren van die ziekte voor de volksgezondheid;
k. *medisch toezicht:* medisch toezicht op een in quarantaine geplaatste persoon om te bezien of deze met een infectieziekte behorend tot groep A is geïnfecteerd en dientengevolge ziekteverschijnselen ontwikkelt;
l. *besmetting:* de aanwezigheid van een vector, infectueus of giftig agens of infectueuze of giftige stof op of in een gebouw, goed of vervoermiddel, waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan;
m. *infectie:* het binnendringen en de ontwikkeling of vermenigvuldiging van een infectueus agens

in het lichaam van mensen, waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan;

n. *vector:* een insect of ander dier dat normaliter een infectueus agens met zich meevoert waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan, dan wel een plant of substantie waarin een infectueus agens normaliter leeft waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan;
o. *lijk;* een lijk in de zin van artikel 2, eerste lid, onder a, van de Wet op de lijkbezorging;
p. *haven:* haven, inclusief de ankergebieden, ligplaatsen, kaden, steigers en, voor wat betreft zeehavens, aanvaarroutes vanuit zee, alsmede alle zich in de nabijheid daarvan bevindende bedrijven, opslagplaatsen en overige terreinen en gebouwen, die op grond van hun ligging, bestemming of gebruik moeten worden geacht daartoe te behoren;
q. *luchthaven:* een terrein geheel of gedeeltelijk bestemd voor het opstijgen en het landen van luchtvaartuigen met inbegrip van:
   1°. de daarmee verband houdende bewegingen van luchtvaartuigen op de grond,
   2°. de afwikkeling van het in de aanhef en onder 1° bedoelde luchtverkeer, of
   3°. bedrijfsmatige activiteiten die samenhangen met de afwikkeling van het in de aanhef en onder 1° bedoelde luchtverkeer;
r. *burgerexploitant:* burgerexploitant als bedoeld in artikel 1.1, eerste lid, van de Wet luchtvaart;
s. *gebouw:* elk bouwwerk dat een overdekte geheel of gedeeltelijk met wanden omsloten ruimte vormt, met uitzondering van bouwwerken ten behoeve van het belijden van godsdienst of levensovertuiging;
t. *vervoermiddel:* luchtvaartuig, schip, trein of wegvoertuig;
u. *goed:* tastbaar product, met inbegrip van planten en met uitzondering van dieren, vervoermiddelen en lijken in de zin van artikel 2, eerste lid, onder a, van de Wet op de lijkbezorging;
v. *waar:* eetwaar, waaronder tevens begrepen een kauwpreparaat, drinkwaar alsmede een andere roerende zaak, voor zover gebruikt in de sfeer van de particuliere huishouding of van een krachtens de Warenwet daarmee gelijkgestelde andere huishouding;
w. *vervoersexploitant:* een natuurlijke of rechtspersoon die verantwoordelijk is voor een schip of luchtvaartuig dat een internationale reis maakt waarbij gebruik wordt gemaakt van een haven of luchthaven, of diens vertegenwoordiger;
x. *laboratorium:* een laboratorium waar van het menselijk lichaam afgescheiden of afgenomen stoffen worden onderzocht ten behoeve van de diagnostiek van infectieziekten;
y. *samenwerkingsverband van registerloodsen:* het voor de desbetreffende scheepvaartweg, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de Scheepvaartverkeerswet, aangewezen samenwerkingsverband van registerloodsen, waarin krachtens artikel 15, eerste lid, onderdeel b, onder 2, van de Loodsenwet, is voorzien;
z. *burgerservicenummer:* het burgerservicenummer, bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer;
aa. *RIVM:* het met de infectieziektebestrijding belaste onderdeel van het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet op het RIVM.

Hoofdstuk II. Taken publieke gezondheidszorg

§ 1. Algemeen

Artikel 2

1. Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

   a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking,
   b. het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie,
   c. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen,
   d. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma?s, met inbegrip

van programma?s voor de gezondheidsbevordering,
e. het bevorderen van medisch milieukundige zorg,
f. het bevorderen van technische hygiënezorg,
g. het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid, en kunnen met het oog op de in het eerste lid bedoelde taak regels worden gesteld over de verstrekking van niet tot een persoon herleidbare gegevens aan het college van burgemeester en wethouders door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg en kan deze verstrekking verplicht worden gesteld. Voor zover het de gegevensverstrekking door personen en instellingen aan het college van burgemeester en wethouders betreft, bevat deze algemene maatregel van bestuur regels over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten.

Artikel 3

1. Onze Minister bevordert de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg en draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.

2. Onze Minister bevordert interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de publieke gezondheidszorg.

Artikel 4

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van niet tot een persoon herleidbare systematische informatie door het college van burgemeester en wethouders aan Onze Minister inzake de uitvoering van deze wet en kan deze verstrekking verplicht worden gesteld.

§ 2. Jeugdgezondheidszorg

Artikel 5

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.

2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

   a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren,
   b. het ramen van de behoeften aan zorg,
   c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van het perinatale onderzoek op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voorkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma,
   d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding,
   e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

3. [Dit lid is nog niet in werking getreden.]

4. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

Artikel 5a [Treedt in werking op een nader te bepalen tijdstip]

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg.

2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en

wethouders in ieder geval zorg voor:

a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
b. het ramen van de behoeften aan zorg;
c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

§ 3. Infectieziektebestrijding

Artikel 6

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval behoort:

a. het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied,
b. het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing,
c. bron- en contactopsporing bij meldingen als bedoeld in de artikelen 21, 22, 25 en 26.

2. De burgemeester geeft leiding aan de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, alsook de directe voorbereiding daarop en draagt zorg voor de toepassing van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de taken, bedoeld in het eerste en tweede lid, nader worden uitgewerkt.

Artikel 7

1. In afwijking van artikel 6, tweede lid, geeft Onze Minister leiding aan de bestrijding van:

a. een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, of een directe dreiging daarvan,
b. een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep B1 of B2, indien de burgemeester van een gemeente die het aangaat daartoe verzoekt.

2. Ter uitvoering van de taak, bedoeld in het eerste lid, kan Onze Minister de burgemeester opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen, waaronder begrepen het opdragen tot het toepassen van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V.

3. Onze Minister kan de burgemeester opdragen om, ter uitvoering van de aanbevelingen, bedoeld in de artikelen 15 en 16 van de Internationale Gezondheidsregeling, toepassing te geven aan de maatregelen, bedoeld in de artikelen 51, 54 en 55, alsook om de maatregelen, bedoeld in artikel 22a van de Wet op de lijkbezorging, toe te passen.

4. Voordat toepassing wordt gegeven aan het eerste of derde lid, voert Onze Minister een bestuurlijk afstemmingsoverleg waarbij in ieder geval Onze Minister van Verkeer en Waterstaat en de gemeente of gemeenten die het aangaat, wordt of worden betrokken.

5. Zodra toepassing wordt gegeven aan het eerste lid, informeert Onze Minister de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

6. Indien toepassing wordt gegeven aan het eerste of derde lid, verstrekt de burgemeester aan Onze Minister, indien deze daarom verzoekt, de gegevens die Onze Minister nodig heeft ter uitoefening van die taak.

Artikel 8

Ter uitvoering van artikel 6, eerste lid, past het college van burgemeester en wethouders de maatregelen toe die door Onze Minister worden opgedragen, indien het gaat om de voorbereiding op de bestrijding van:

a. infectieziekten behorende tot groep A, of
b. een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat.

Artikel 9

Onze Minister kan in overeenstemming met Onze Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties bepalen dat, in daarbij aangewezen gevallen, een andere burgemeester de taak, dan wel een bepaald deel van de taak, bedoeld in artikel 6, tweede lid, dient te vervullen.

Artikel 10

Onverminderd artikel 7, tweede en derde lid, kan Onze Minister een aanwijzing geven aan de burgemeester, indien deze niet of niet naar behoren maatregelen treft ter bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, terwijl er ernstig gevaar voor de volksgezondheid dreigt.

Artikel 11

1. Bij regeling van Onze Minister, in overeenstemming met Onze Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, kunnen regels worden gesteld over de verdeling van vaccins en therapeutische farmaproducten, indien er een beperkte beschikbaarheid is van deze middelen en ten behoeve van de bestrijding van een infectieziekte behorend tot groep A prioriteiten moeten worden gesteld voor de verdeling ervan.

2. Onze Minister stelt de beide Kamers der Staten-Generaal onverwijld op de hoogte van de vastgestelde regeling.

Artikel 12

Onze Minister draagt ervoor zorg dat aan de informatieverplichtingen, voortvloeiende uit de Internationale Gezondheidsregeling, wordt voldaan.

Hoofdstuk III. Landelijke en gemeentelijke nota gezondheidsbeleid

Artikel 13

1. Onze Minister stelt elke vier jaar een nota landelijke prioriteiten en een landelijk programma vast op het gebied van de publieke gezondheidszorg.

2. De gemeenteraad stelt vóór 1 juli 2011 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 5 en 6 genoemde taken, alsmede aan de in artikel 16 genoemde verplichting.

Hoofdstuk IV. Gemeentelijke gezondheidsdiensten

Artikel 14

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken draagt het college van burgemeester en wethouders zorg voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst.

2. Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels, staat het het college van burgemeester en wethouders vrij om de uitvoering van de taken of onderdelen van taken, bedoeld in artikel 5, tweede lid, onder a tot en met d, over te laten of mede over te laten aan een

ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 15

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:

   a. sociale geneeskunde,
   b. epidemiologie,
   c. sociale verpleegkunde,
   d. gezondheidsbevordering, en
   e. gedragswetenschappen.

2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het opleidingsniveau of de deskundigheid waarover de deskundigen dienen te beschikken. Deze eisen kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

Artikel 16

Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Hoofdstuk V. Bijzondere bepalingen infectieziektebestrijding

§ 1. Algemeen

Artikel 17

Voor de toepassing van dit hoofdstuk wordt verstaan onder gemeentelijke gezondheidsdienst: een door de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst aangewezen arts in dienst van de gemeentelijke gezondheidsdienst die gespecialiseerd is in infectieziektebestrijding.

Artikel 18

Voordat de burgemeester een maatregel als bedoeld in de artikelen 31, 35, 38, 47, 53, 54 of 55 neemt of intrekt, vraagt deze om advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 19

Bij algemene maatregel van bestuur worden de infectieziekten behorende tot groep C aangewezen.

Artikel 20

1. Indien het belang van de volksgezondheid dat vordert en in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad, kan bij regeling van Onze Minister een infectieziekte, niet behorend tot groep A, B1, B2 of C, dan wel een ziektebeeld met een volgens de stand van de wetenschap onbekende oorzaak, waarbij een gegrond vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid, worden aangemerkt als behorend tot groep A, B1 of B2.

2. Indien het belang van de volksgezondheid dat vordert, kan, in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad, bij regeling van Onze Minister een infectieziekte behorend tot groep B1 worden aangemerkt als behorend tot groep A, een infectieziekte behorend tot groep B2 worden aangemerkt als behorend tot groep A of B1, of een infectieziekte behorend tot groep C worden aangemerkt als behorend tot groep A, B1 of B2.

3. In de regeling, bedoeld in het eerste of tweede lid, wordt bepaald welke bepalingen van deze wet, die gelden voor de infectieziekten behorende tot de desbetreffende groep, in dat geval van toepassing zijn.

4. Na het tot stand komen van een krachtens het eerste of tweede lid vastgestelde regeling wordt binnen acht weken een voorstel van wet tot incorporatie van die regeling aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden. Indien het voorstel van wet wordt ingetrokken of door een der Kamers der Staten-Generaal wordt verworpen, wordt de regeling onverwijld ingetrokken.

5. Indien naar het oordeel van Onze Minister een onverwijlde voorziening noodzakelijk is, kan Onze Minister bepalen dat een op grond van het eerste of tweede lid vastgestelde regeling onmiddellijk na bekendmaking in werking treedt. In dat geval kan Onze Minister deze regeling, in afwijking van artikel 4, eerste lid, onder a, van de Bekendmakingswet, op andere dan de daar genoemde wijze bekend maken.

§ 2. Melding

Artikel 21

1. De arts die bij een door hem onderzocht persoon een ziektebeeld vaststelt met een volgens de stand van de wetenschap onbekende oorzaak, waarbij een gegrond vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid, meldt dit onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

2. De arts die vaststelt dat een lijk is besmet met een infectueus of giftig agens of een infectueuze of giftige stof waardoor een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan ontstaan, meldt dit onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

3. De arts die een voor zijn praktijk ongewoon aantal gevallen vaststelt van een infectieziekte, niet behorend tot groep A, B1, B2 of C, die een gevaar vormt voor de volksgezondheid, meldt dit binnen 24 uur aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 22

1. De arts die bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep A vermoedt of vaststelt, meldt dit onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

2. De arts die bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep B1, B2 of C vaststelt, dan wel een vermoeden heeft dat deze persoon lijdt aan difterie, rabies of virale hemorragische koorts, meldt dit binnen 24 uur aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

3. De arts die gegronde redenen heeft om bij een persoon een infectieziekte behorend tot groep B1 of B2 te vermoeden, meldt dit binnen 24 uur aan de gemeentelijke gezondheidsdienst, indien die persoon weigert het onderzoek te ondergaan dat noodzakelijk is ter vaststelling van die ziekte en daardoor ernstig gevaar voor de volksgezondheid door de verspreiding van die infectieziekte kan ontstaan.

4. Bij regeling van Onze Minister kan vrijstelling worden verleend van de meldingsplicht, bedoeld in het eerste, tweede en derde lid, met ingang van een daarbij te bepalen tijdstip en met inachtneming van daarbij te stellen voorwaarden.

Artikel 23

1. De arts doet de in de artikelen 21 en 22 bedoelde meldingen aan de gemeentelijke gezondheidsdienst van de gemeente waarin deze zijn praktijk heeft.

2. Indien de meldingen, bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, en 22, betrekking hebben op een persoon die zijn verblijfplaats heeft in een andere gemeente, geeft de gemeentelijke gezondheidsdienst deze melding onverwijld door aan de gemeentelijke gezondheidsdienst van de verblijfplaats van de betrokkene.

Artikel 24

1. De melding, bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, en 22, bevat de volgende gegevens:

a. de naam, het adres, het geslacht, de geboortedatum, het burgerservicenummer en de verblijfplaats van de betrokken persoon,
b. de infectieziekte dan wel een beschrijving van het ziektebeeld, de eerste ziektedag, de vaccinatietoestand, het gebruik van chemoprofylaxe, de vermoedelijke infectiebron, de datum van vermoeden of vaststelling van infectie, de wijze van vaststelling van die infectieziekte, en
c. indien nodig, of de betrokken persoon dan wel een persoon in zijn directe omgeving beroeps- of bedrijfsmatig betrokken is bij de behandeling van eet- of drinkwaren of bij de behandeling, verpleging of verzorging van andere personen.

2. De melding, bedoeld in artikel 21, tweede lid, bevat de volgende gegevens: de aard van het infectueus of giftig agens of de infectueuze of giftige stof en de plaats waar het lijk zich bevindt.

3. De melding, bedoeld in artikel 21, derde lid, bevat de volgende gegevens: de infectieziekte, het geslacht, de geboortedatum en de nationaliteit van de betrokken personen.

4. De arts verstrekt aan de gemeentelijke gezondheidsdienst uitsluitend andere medische gegevens over de betrokken persoon indien:

   a. de burgemeester hierom verzoekt krachtens artikel 30, of
   b. de betrokken persoon daarvoor toestemming geeft.

5. Voor de beveiliging van de gegevensverwerking bij de meldingen, bedoeld in de artikelen 21 en 22, worden bij regeling van Onze Minister regels gesteld.

Artikel 25

1. De arts die een onderzoek bij een laboratorium aanvraagt, stuurt de volgende gegevens mee: de naam, de geboortedatum en het burgerservicenummer van de betrokken persoon.

2. Onverminderd artikel 22 meldt het hoofd van het laboratorium de vaststelling van een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep A, B1, B2 of C aan de gemeentelijke gezondheidsdienst van de gemeente waarin de arts die het onderzoek bij het laboratorium heeft aangevraagd zijn praktijk heeft.

3. De melding bevat de volgende gegevens: de naam van de arts, de naam, de geboortedatum en het burgerservicenummer van de betrokken persoon.

4. Indien de melding betrekking heeft op een persoon die zijn verblijfplaats heeft in een andere gemeente, geeft de gemeentelijke gezondheidsdienst deze melding onverwijld door aan de gemeentelijke gezondheidsdienst van de verblijfplaats van de betrokkene.

5. Het hoofd van het laboratorium zorgt op verzoek van de gemeentelijke gezondheidsdienst ervoor dat nader onderzoek wordt gedaan naar de ziekteverwekker en dat de gemeentelijke gezondheidsdienst van het resultaat op de hoogte wordt gesteld.

6. Bij regeling van Onze Minister kunnen nadere regels worden gesteld omtrent de wijze waarop en de termijn waarbinnen de melding plaatsvindt.

7. Voor de beveiliging van de gegevensverwerking bij de aanvraag, bedoeld in het eerste lid, en de melding worden bij regeling van Onze Minister regels gesteld.

Artikel 26

1. Het hoofd van een instelling waar voor infectieziekten kwetsbare populaties verblijven of samenkomen voor een of meer dagdelen per etmaal, stelt de gemeentelijke gezondheidsdienst van de gemeente waarin de instelling gelegen is, op de hoogte van het optreden van een ongewoon aantal zieken met maag- en darmaandoeningen, geelzucht, huidaandoeningen of andere ernstige aandoeningen van vermoedelijk infectueuze aard in de desbetreffende populatie of bij het begeleidend of verzorgend personeel.

2. Bij regeling van Onze Minister kunnen nadere regels worden gesteld over de wijze waarop en de

termijn waarbinnen de berichtgeving plaatsvindt.

Artikel 27

1. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft de ontvangst van een melding als bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, en 22, eerste lid, onverwijld door aan de burgemeester van de gemeente waarin de betrokken persoon zijn woon- of verblijfplaats heeft.

2. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft de ontvangst van een melding als bedoeld in artikel 21, tweede lid, onverwijld door aan de burgemeester van de gemeente waarin het lijk zich bevindt.

3. De gemeentelijke gezondheidsdienst deelt de ontvangst van een melding als bedoeld in artikel 21, derde lid, zo spoedig mogelijk mee aan de burgemeester van de gemeente waarin de arts zijn praktijk heeft.

4. De gemeentelijke gezondheidsdienst deelt de ontvangst van een melding als bedoeld in artikel 22, tweede en derde lid, zo spoedig mogelijk mee aan de burgemeester van de gemeente waarin de betrokken persoon zijn woon- of verblijfplaats heeft.

5. De gemeentelijke gezondheidsdienst deelt de ontvangst van een melding als bedoeld in artikel 26 binnen een redelijke termijn mee aan de burgemeester van de gemeente waarin de instelling is gelegen.

6. De gemeentelijke gezondheidsdienst verstrekt de burgemeester de gegevens, bedoeld in artikel 24, eerste, tweede en derde lid, die deze nodig heeft voor de uitoefening van de hem bij deze wet toegekende bevoegdheden.

Artikel 28

1. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft de ontvangst van een melding als bedoeld in de artikelen 21, eerste en tweede lid, en 22, eerste lid, onverwijld door aan het RIVM.

2. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft de ontvangst van een melding als bedoeld in de artikelen 21, derde lid, en 22, tweede en derde lid, binnen 24 uur door aan het RIVM.

3. De gemeentelijke gezondheidsdienst verstrekt bij een melding als bedoeld in de artikelen 21, eerste lid, en 22 de volgende gegevens:

   a. de infectieziekte dan wel een beschrijving van het ziektebeeld, de eerste ziektedag, de vaccinatietoestand, het gebruik van chemoprofylaxe, eventuele ziekenhuisopname, de vermoedelijke infectiebron, zonodig met inbegrip van de daaruit voortkomende gevallen, de datum van vermoeden of vaststelling van infectie,
   b. het geslacht, de geboortemaand en het geboortejaar van de betrokken persoon, alsmede de eerste drie cijfers van de postcode van diens adres, en
   c. de uitslag van het nader onderzoek, bedoeld in artikel 25, vijfde lid.

4. De gemeentelijke gezondheidsdienst verstrekt bij een melding als bedoeld in artikel 21, tweede lid, de volgende gegevens: de aard van het infectueus of giftig agens of de infectueuze of giftige stof en de plaats waar het lijk zich bevindt.

5. De gemeentelijke gezondheidsdienst verstrekt bij een melding als bedoeld in artikel 21, derde lid, de volgende gegevens: de infectieziekte, het geslacht, de geboortedatum en de nationaliteit van de betrokken personen, alsmede de woonplaats van de arts die de melding heeft gedaan.

Artikel 29

1. De gemeentelijke gezondheidsdienst neemt de persoonsgegevens, die ingevolge de artikelen 24, 25, en 30 zijn verkregen, op in een door hem gehouden registratie.

2. De gemeentelijke gezondheidsdienst bewaart deze gegevens ten hoogste vijf jaar.

§ 3. Maatregelen gericht op het individu

Artikel 30

Op verzoek van de burgemeester verstrekt de behandelend arts van een persoon die naar het oordeel van de burgemeester een gevaar oplevert voor de overbrenging van een infectieziekte behorend tot groep A, B1 of B2 aan de gemeentelijke gezondheidsdienst zo spoedig mogelijk de hem bekende nadere medische en epidemiologische gegevens die noodzakelijk zijn om de aard en de omvang van het gevaar van verspreiding van de infectieziekte vast te stellen.

Artikel 31

1. De burgemeester kan een persoon onverwijld ter isolatie in een ziekenhuis doen opnemen, indien:

   a.
      1° hij gegronde redenen heeft om aan te nemen dat de betrokkene lijdt aan een infectieziekte behorend tot groep A,
      2° ten aanzien van de betrokkene de melding ingevolge artikel 22, derde lid, heeft plaatsgevonden, of
      3° de betrokkene lijdt aan een infectieziekte behorend tot groep A of B1,
   b. ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat door verspreiding van die infectieziekte,
   c. dit gevaar niet op andere wijze effectief kan worden afgewend, en
   d. de betrokkene niet tot opneming ter isolatie bereid is.

2. De burgemeester kan een ter isolatie opgenomen persoon door een arts doen onderzoeken indien:

   a. ten gevolge van de infectieziekte onmiddellijk gevaar dreigt voor de gezondheid van derden,
   b. de aard en de omvang van dit gevaar niet op andere wijze dan door onderzoek kunnen worden vastgesteld,
   c. de uitkomst van het onderzoek noodzakelijk is om dit gevaar effectief te kunnen afwenden, en
   d. de betrokkene niet bereid is het onderzoek te ondergaan.

3. De burgemeester kan een ter isolatie opgenomen persoon door een arts in het lichaam doen onderzoeken indien aan de voorwaarden, bedoeld in het tweede lid, is voldaan en de rechter daartoe een machtiging heeft verleend.

4. Het onderzoek, bedoeld in het tweede en derde lid, omvat niet meer dan nodig is ter afwending van het gevaar voor derden.

Artikel 32

1. De burgemeester doet de beschikking tot opneming ter isolatie aan de betrokkene uitreiken.

2. In de beschikking geeft de burgemeester aan in welk ziekenhuis, aangewezen op grond van artikel 34, de opneming ter isolatie ten uitvoer wordt gelegd.

3. Na uitreiking van de beschikking voorziet de burgemeester in bijstand van de betrokkene door een raadsman, tenzij de betrokkene daartegen bedenkingen heeft.

4. Wanneer redelijkerwijs kan worden aangenomen dat het gevaar, bedoeld in artikel 31, eerste lid, onder b, is geweken of op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend, heft de burgemeester de opneming ter isolatie onverwijld op.

Artikel 33

1. De burgemeester doet de beschikking tot het onderzoek, bedoeld in artikel 31, derde lid, aan de betrokkene uitreiken.

2. In zijn beschikking geeft de burgemeester aan waaruit het onderzoek bestaat, welke arts het onderzoek verricht en binnen welke termijn het onderzoek plaatsvindt.

Artikel 34

1. De opneming ter isolatie wordt ten uitvoer gelegd in een gesloten afdeling van een door Onze Minister aangewezen ziekenhuis.

2. Het ziekenhuis neemt de betrokkene onverwijld op.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen eisen worden gesteld waaraan de opneming ter isolatie en het onderzoek moeten voldoen.

4. De burgemeester is bevoegd tot het opleggen van een last onder bestuursdwang ter handhaving van het bepaalde in het eerste, tweede en derde lid, indien de omstandigheden onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maken.

Artikel 35

1. De burgemeester kan een persoon onverwijld doen onderwerpen aan de maatregel van quarantaine om de verspreiding van infectieziekten behorend tot groep A tegen te gaan, indien:

   a. er redenen zijn om aan te nemen dat die persoon recentelijk een dusdanig contact met een lijder of een vermoedelijke lijder aan een infectieziekte behorend tot groep A heeft gehad, dat deze persoon mogelijk met dezelfde ziekte is geïnfecteerd,
   b. ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat door verspreiding van die infectieziekte, en
   c. die persoon niet tot vrijwillige onderwerping aan die maatregel bereid is.

2. De burgemeester kan toestaan dat de quarantaine onder zonodig te stellen voorwaarden plaatsvindt in de woning van de af te zonderen persoon.

3. Tijdens de quarantaine wordt medisch toezicht verricht. Het toezicht wordt verricht onder medische verantwoordelijkheid van een door de gemeentelijke gezondheidsdienst aangewezen geneeskundige.

4. De quarantaine en het medisch toezicht vinden plaats onder zodanige voorwaarden en omstandigheden en gedurende een zodanige periode als noodzakelijk is om het gevaar, bedoeld in het eerste lid, onder b, af te wenden. Zodra redelijkerwijs kan worden aangenomen dat dit gevaar is geweken of op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend, heft de burgemeester de maatregel onverwijld op.

5. Artikel 31, tweede en vierde lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 36

1. De burgemeester doet de beschikking tot onderwerping aan de maatregel van quarantaine aan de betrokkene uitreiken.

2. In de beschikking geeft de burgemeester aan:

   a. hoe en waar de maatregel ten uitvoer wordt gelegd,
   b. waarop bij het medisch toezicht in ieder geval wordt gelet, en
   c. aan welke regels betrokkene zich heeft te houden.

3. Na uitreiking van de beschikking voorziet de burgemeester in bijstand van de betrokkene door een raadsman, tenzij de betrokkene daartegen bedenkingen heeft.

Artikel 37

De burgemeester draagt de tenuitvoerlegging van de maatregelen, bedoeld in de artikelen 31 en 35 op aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 38

1. De burgemeester kan een persoon die gevaar oplevert voor de verspreiding van een infectieziekte behorend tot groep A, B1 of B2 het verbod opleggen om beroeps- of bedrijfsmatig werkzaamheden te verrichten, die een ernstig risico inhouden voor de verspreiding van die infectieziekte.

2. Voordat de maatregel wordt genomen, hoort de burgemeester de werkgever van de betrokkene, tenzij betrokkene hiertegen bezwaar maakt.

3. De burgemeester heft de maatregel op als het gevaar is geweken of op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend.

§ 4. Rechterlijke toetsing maatregelen tot isolatie, medisch onderzoek en quarantaine

Artikel 39

1. De burgemeester stelt de officier van justitie terstond op de hoogte van de beschikking tot opneming ter isolatie, bedoeld in artikel 31, eerste lid, van de beschikking tot het onderzoek, bedoeld in artikel 31, derde lid, en van de beschikking een persoon te onderwerpen aan de maatregel van quarantaine, bedoeld in artikel 35.

2. Zo spoedig mogelijk nadat de beschikking is gegeven, maar in elk geval niet later dan de volgende dag, zendt de burgemeester de officier van justitie een afschrift van de beschikking.

3. Ingeval van een beschikking tot opneming ter isolatie als bedoeld in artikel 31, eerste lid, en van een beschikking tot het onderzoek als bedoeld in artikel 31, derde lid, is de rechtbank van de plaats waar het aangewezen ziekenhuis is gelegen bevoegd. Ingeval van een beschikking een persoon te onderwerpen aan de maatregel van quarantaine, bedoeld in artikel 35, is de rechtbank van de verblijfplaats van betrokkene bevoegd.

Artikel 40

1. Indien de officier van justitie van oordeel is dat aan de voorwaarden voor de opneming ter isolatie, bedoeld in artikel 31, eerste lid, het onderzoek, bedoeld in artikel 31, derde lid, of de maatregel van quarantaine, bedoeld in artikel 35, is voldaan, doet hij uiterlijk op de dag na de datum van ontvangst van de beschikking een verzoek tot een machtiging tot voortzetting van de isolatie, de quarantaine of tot het onderzoek.

2. De officier van justitie deelt aan de betrokkene, de burgemeester en in voorkomend geval het ziekenhuis, schriftelijk mede dat hij het verzoek heeft gedaan of dat hij heeft besloten om geen verzoek te doen.

3. Het besluit geen verzoek te doen neemt de officier van justitie niet dan nadat hij het advies van de hoofdinspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid heeft ingewonnen.

4. Met het besluit geen verzoek te doen, vervalt de beschikking tot opneming ter isolatie, bedoeld in artikel 31, eerste lid, de beschikking tot het onderzoek, bedoeld in artikel 31, derde lid, of de beschikking een persoon te onderwerpen aan de maatregel van quarantaine, bedoeld in artikel 35, van rechtswege.

Artikel 41

1. Voordat op het verzoek van de officier van justitie wordt besloten, hoort de rechter degene ten aanzien van wie de maatregel is gevorderd.

2. De rechter hoort de betrokkene op zijn verblijfplaats.

3. De rechter kan zich laten voorlichten, getuigen en deskundigen oproepen en onderzoek door deskundigen bevelen.

4. De rechter stelt de raadsman in de gelegenheid zijn zienswijze kenbaar te maken.

5. De rechter beslist binnen drie dagen, te rekenen vanaf de dag na die van het instellen van de vordering.

6. Tegen de beschikking staat geen voorziening open.

Artikel 42

1. De ter isolatie opgenomen persoon of de in quarantaine geplaatste persoon kan de rechter verzoeken de maatregel op te heffen.

2. Artikel 41, tweede tot en met vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing.

3. De rechter kan het verzoek zonder toepassing van artikel 41 afwijzen, indien geen nieuwe feiten of omstandigheden worden aangevoerd.

Artikel 43

1. Degene ten aanzien van wie een beschikking tot opneming ter isolatie als bedoeld in artikel 31, eerste lid, tot onderzoek als bedoeld in artikel 31, tweede of derde lid, of tot onderwerping aan een maatregel van quarantaine als bedoeld in artikel 35 is genomen, kan de rechter bij een zelfstandig verzoek bij een verweerschrift als bedoeld in artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, of bij een desbetreffend verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van de betrokkene, dan wel, indien de officier van justitie geen verzoek als bedoeld in artikel 40, eerste lid, doet, bij een afzonderlijk verzoekschrift, verzoeken een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding toe te kennen op de grond dat de beschikking van de burgemeester onrechtmatig was.

2. Indien het verzoek wordt ingediend bij verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van betrokkene is artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van overeenkomstige toepassing.

Artikel 44

1. Indien degene ten aanzien van wie een beschikking is genomen tot opneming ter isolatie als bedoeld in artikel 31, eerste lid, tot onderzoek als bedoeld in artikel 31, tweede of derde lid, of tot onderwerping aan een maatregel van quarantaine als bedoeld in artikel 35, nadeel heeft geleden doordat de rechter of de officier van justitie een van de bepalingen uit deze paragraaf niet in acht heeft genomen, kent de rechter deze op diens verzoek een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding toe ten laste van de Staat.

2. Het verzoek kan worden ingediend als een zelfstandig verzoek bij het verweerschrift als bedoeld in artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, of bij een desbetreffend verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van betrokkene, dan wel bij een afzonderlijk verzoekschrift, binnen drie maanden te rekenen vanaf de dag waarop betrokkene redelijkerwijs bekend kon zijn met de schending van het voorschrift waarop zijn verzoek betrekking heeft.

3. Indien het verzoek wordt ingediend bij verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van betrokkene is artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van overeenkomstige toepassing.

Artikel 45

De Algemene termijnenwet is van toepassing op de termijnen gesteld in de artikelen 39, tweede lid, 40, eerste lid, en 41, vijfde lid.

Artikel 46

Ingeval een verzoekschrift als bedoeld in artikel 42, eerste lid, of artikel 43, eerste lid, wordt ingediend, dan wel een van de daartoe bevoegde personen beroep instelt, behoeft de indiening van het verzoekschrift niet bij procureur te geschieden.

§ 5. Maatregelen gericht op gebouwen, goederen en vervoermiddelen

Artikel 47

1. Indien er een gegrond vermoeden bestaat van een besmetting kan de burgemeester gebouwen, vervoermiddelen, goederen en waren controleren op de aanwezigheid van een besmetting, zonodig door het nemen van monsters.

2. In het geval van een besmetting kan de burgemeester:

   a. voorschriften van technisch-hygiënische aard geven,
   b. gebouwen, vervoermiddelen of goederen ontsmetten, met inbegrip van de vernietiging van vectoren.

3. In het geval van een besmetting waarbij ernstig gevaar dreigt voor de volksgezondheid, kan de burgemeester:

   a. gebouwen of terreinen dan wel gedeelten daarvan sluiten,
   b. een verbod uitvaardigen tot het gebruik maken of betreden van vervoermiddelen,
   c. waren vernietigen.

4. De burgemeester heft de maatregel op als het gevaar is geweken.

§ 6. Havens en luchthavens

Artikel 48

1. Bij regeling van Onze Minister worden de havens en luchthavens aangewezen waarop de eisen van deze paragraaf van toepassing zijn. De havens of luchthavens kunnen per categorie worden aangewezen voor toepassing van artikel 49.

2. Een burgerhaven of burgerluchthaven wordt aangewezen in overeenstemming met Onze Minister van Verkeer en Waterstaat.

3. Een militaire haven of militaire luchthaven wordt aangewezen in overeenstemming met Onze Minister van Defensie.

Artikel 49

1. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald over welke voorzieningen, bedoeld in artikel 20, eerste lid, en bijlage 1 van de Internationale Gezondheidsregeling, de havens of luchthavens beschikken, alsmede aan welke eisen deze voorzieningen voldoen. Deze voorzieningen en eisen kunnen per categorie haven of luchthaven verschillen.

2. Voor zover het een burgerhaven of burgerluchthaven betreft draagt de exploitant daarvan zorg voor de naleving van het krachtens het eerste lid bepaalde.

3. Voor zover het betreft burgerluchtverkeer op een militaire luchthaven met burgermedegebruik door tussenkomst van een burgerexploitant, draagt de burgerexploitant zorg voor de naleving van het krachtens het eerste lid bepaalde.

Artikel 50

1. De gezagvoerder van een schip dat een internationale reis maakt, die een haven wil aandoen en wetenschap heeft of een ernstig vermoeden heeft dat er aan boord van zijn schip één of meer ziektegevallen zijn die wijzen op een ziekte van infectueuze aard die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan opleveren, zorgt ervoor dat de verkeersleiding van de haven en de aan boord komende loods hiervan zo spoedig mogelijk doch voor aankomst op de hoogte worden gesteld.

2. De gezagvoerder van een luchtvaartuig dat een internationale reis maakt, die een luchthaven wil aandoen en wetenschap heeft of een ernstig vermoeden heeft dat er aan boord van zijn luchtvaartuig één of meer ziektegevallen zijn die wijzen op een ziekte van infectueuze aard die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan opleveren, zorgt ervoor dat de luchtverkeersleiding van de luchthaven hiervan zo spoedig mogelijk doch voor aankomst op de hoogte wordt gesteld.

3. De verkeersleiding van de burgerhaven geeft een melding onverwijld door aan Onze Minister van Verkeer en Waterstaat, het samenwerkingsverband van registerloodsen en de exploitant van de burgerhaven. De luchtverkeersleiding van de burgerluchthaven geeft een melding onverwijld door aan Onze Minister van Verkeer en Waterstaat en de exploitant van de burgerluchthaven.

4. De exploitant van de burgerhaven of burgerluchthaven geeft een melding onverwijld door aan de gemeentelijke gezondheidsdienst. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft een melding onverwijld door aan de burgemeester en het RIVM.

5. De verkeersleiding van de militaire haven of de luchtverkeersleiding van de militaire luchthaven geeft een melding onverwijld door aan de gemeentelijke gezondheidsdienst en het RIVM. De gemeentelijke gezondheidsdienst geeft een melding onverwijld door aan de burgemeester.

Artikel 51

1. Onverminderd artikel 50 verstrekt de gezagvoerder van een schip dat een internationale reis maakt op verzoek van de burgemeester bij aankomst in de burgerhaven de maritieme gezondheidsverklaring, bedoeld in artikel 37 van de Internationale Gezondheidsregeling.

2. Onverminderd artikel 50 verstrekt de gezagvoerder van een luchtvaartuig dat een internationale reis maakt op verzoek van de burgemeester bij aankomst in de burgerluchthaven, dan wel in het voor burgerluchtverkeer bestemde gedeelte van een militaire luchthaven met burgermedegebruik, het gezondheidsgedeelte van de algemene verklaring voor luchtvaartuigen, bedoeld in artikel 38 van de Internationale Gezondheidsregeling.

3. Indien de gezondheidsverklaring, bedoeld in het eerste of tweede lid, daartoe naar het oordeel van de burgemeester aanleiding geeft, verstrekt de gezagvoerder op verzoek van de burgemeester aanvullende gegevens over de gezondheidstoestand aan boord.

Artikel 52

In geval van een melding als bedoeld in artikel 50 of indien anderszins blijkt van omstandigheden aan boord van een schip of luchtvaartuig dat een internationale reis maakt, die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kunnen meebrengen, kan Onze Minister van Verkeer en Waterstaat, na overleg met Onze Minister, bepalen in welke burgerhaven of burgerluchthaven het schip of luchtvaartuig aankomt, alsook, na overleg met het samenwerkingsverband van registerloodsen, hoe de loodsdienstverlening aan het schip plaatsvindt.

Artikel 53

1. In geval van een melding als bedoeld in artikel 50 of indien anderszins blijkt van omstandigheden aan boord van een schip of luchtvaartuig dat een internationale reis maakt, die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kunnen meebrengen, bepaalt de burgemeester welke maatregelen met betrekking tot de toelating tot of de onttrekking aan het vrije verkeer moeten worden genomen als het schip of luchtvaartuig in de burgerhaven of burgerluchthaven, dan wel in het voor burgerluchtverkeer bestemde gedeelte van een militaire luchthaven met burgermedegebruik, is aangekomen.

2. In geval van een directe dreiging van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, kan de burgemeester ten aanzien van een schip of luchtvaartuig dat een internationale reis maakt, bepalen welke maatregelen met betrekking tot de toelating tot of de onttrekking aan het vrije verkeer moeten worden genomen als het schip of luchtvaartuig in de burgerhaven of burgerluchthaven, dan wel in het voor burgerluchtverkeer bestemde gedeelte van een militaire luchthaven met burgermedegebruik, is aangekomen.

3. In de situatie, bedoeld in het eerste en tweede lid, draagt de gezagvoerder van het schip of luchtvaartuig ervoor zorg dat:

   a. na aankomst niemand het schip of luchtvaartuig betreedt of verlaat en er geen vervoermiddelen of goederen worden geladen of gelost, tenzij de burgemeester daartoe opdracht of toestemming geeft, en
   b. op verzoek van de burgemeester een overzicht wordt gegeven van de volgende gegevens van de passagiers, voor zover deze gegevens bekend zijn bij de gezagvoerder: naam, adres, geslacht, leeftijd en bestemming.

4. De burgemeester past de maatregelen niet langer toe dan nodig is om het onderzoek uit te voeren om de ernst van het gevaar vast te stellen.

Artikel 54

De burgemeester kan de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven dan wel de burgerexploitant opdragen om:

a. voorlichting aan reizigers te geven over het nemen van maatregelen ter voorkoming van een infectie of van een besmetting van de bagage,
b. medewerking te verlenen aan door de burgemeester te nemen maatregelen van onderzoek van vertrekkende of aankomende reizigers naar de aanwezigheid van een ziekte van infectueuze aard die een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan opleveren,
c. ter voorkoming van een besmetting voorschriften van technisch-hygiënische aard uit te voeren, indien er een gegrond risico is op een besmetting,
d. ter bestrijding van een besmetting gebouwen of terreinen dan wel gedeelten daarvan te sluiten.

Artikel 55

De burgemeester kan de vervoersexploitant opdragen om:

a. voorlichting aan passagiers te geven over het nemen van maatregelen ter voorkoming van een infectie of van een besmetting van de bagage,
b. ter voorkoming van een besmetting maatregelen van technisch-hygiënische aard uit te voeren voor een schip of luchtvaartuig en de hierin aanwezige goederen, indien er een gegrond risico is op een besmetting,
c. een schip of luchtvaartuig en de hierin aanwezige goederen te controleren op de aanwezigheid van een besmetting,
d. ter bestrijding van een besmetting een schip of luchtvaartuig en de hierin aanwezige goederen te ontsmetten, met inbegrip van de vernietiging van vectoren.

Artikel 56

De burgemeester is bevoegd tot het opleggen van een last onder bestuursdwang ter handhaving van hetgeen op grond van de artikelen 53, eerste en tweede lid, 54 en 55 is opgedragen, indien de omstandigheden onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maken.

Artikel 57

1. Een certificaat van sanitaire controle van schepen of een certificaat tot vrijstelling van sanitaire controle van schepen als bedoeld in artikel 39 van de Internationale Gezondheidsregeling, wordt op verzoek van de gezagvoerder door de burgemeester afgegeven indien het schip vrij is van besmetting.

2. De certificaten worden opgesteld volgens het in bijlage 3 van de Internationale Gezondheidsregeling opgenomen model.

3. Bij regeling van Onze Minister worden nadere regels gesteld over de afgifte van de certificaten.

4. Bij regeling van Onze Minister worden de havens aangewezen waarvoor de burgemeester bevoegd is tot afgifte van de certificaten.

§ 7. Certificaten van inenting

Artikel 58

1. De inenting van personen of de toediening van profylaxe aan personen ter verkrijging van een internationaal geldig certificaat als bedoeld in artikel 36 van de Internationale Gezondheidsregeling, geschiedt onder bij regeling van Onze Minister vast te stellen voorwaarden.

2. De certificaten worden opgesteld volgens het in bijlage 6 van de Internationale Gezondheidsregeling opgenomen model.

3. Bij regeling van Onze Minister worden de organisaties of personen aangewezen waar inentingen tegen gele koorts mogen worden verschaft.

Hoofdstuk VI. Financiële bepalingen

Artikel 59

1. Indien de gemeenteraad een bijdrage heft voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van de publieke gezondheidszorg, draagt het college van burgemeester en wethouders ervoor zorg dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden.

2. Geen bijdrage wordt geheven voor de bij of krachtens de artikelen 5 en 6 opgedragen taken, behoudens in gevallen bij algemene maatregel van bestuur aangewezen.

Artikel 60

1. De gemeente draagt de kosten van de maatregelen die krachtens hoofdstuk V van deze wet worden genomen. Ook draagt de gemeente de kosten van door haar toegekende tegemoetkomingen aan hen, die inkomsten derven door de maatregelen, bedoeld in de artikelen 31, 35, 38 en 47.

2. In afwijking van de eerste volzin van het eerste lid draagt het Rijk de kosten van de maatregel, bedoeld in artikel 31, indien deze wordt toegepast bij een persoon lijdend aan tuberculose.

3. In afwijking van het eerste lid draagt:

   a. de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven en de burgerexploitant de kosten van de maatregelen die door de burgemeester krachtens artikel 54 zijn opgedragen,
   b. de vervoersexploitant de kosten van de maatregelen die door de burgemeester krachtens artikel 55 zijn opgedragen.

4. De in artikel 47, derde lid, onder c, bedoelde waren worden voor vernietiging door de burgemeester gewaardeerd. Het college van burgemeester en wethouders keert aan de eigenaar als schadeloosstelling het bedrag uit waarop de goederen zijn gewaardeerd.

5. Het college van burgemeester en wethouders is bevoegd de kosten verbonden aan de maatregelen, bedoeld in de artikelen 31, 35, 38 en 47, te verhalen op de persoon ten aanzien van wie een maatregel is getroffen, indien die persoon niet tot vrijwillige medewerking bereid is geweest. De artikelen 5.25 en 5.26 van de Algemene wet bestuursrecht zijn van overeenkomstige toepassing.

6. Onze Minister kan aan de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven, de burgerexploitant of de vervoersexploitant een naar billijkheid te bepalen vergoeding toekennen terzake van buitengewone kosten die door de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven, de burgerexploitant of de vervoersexploitant worden gemaakt vanwege de naleving van de maatregelen die krachtens de artikelen 54 of 55 in samenhang met artikel 7, derde lid, zijn opgedragen.

Artikel 61

De kosten verband houdende met het voorzieningenniveau, bedoeld in artikel 49, eerste lid, komen, voor zover het een burgerhaven of burgerluchthaven betreft, ten laste van de exploitant.

Artikel 62

1. Indien Onze Minister op grond van artikel 7, tweede of derde lid, de burgemeester opdraagt maatregelen te treffen, kan ten behoeve van de bekostiging daarvan een beroep worden gedaan op het Rijk, met uitzondering van de bekostiging van de maatregelen die dienen te worden getroffen in de situatie dat Onze Minister gevolg geeft aan artikel 7, eerste lid, onder b.

2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over het bepaalde in het eerste lid.

Artikel 63

1. De kosten ter verkrijging van een certificaat als bedoeld in artikel 57, eerste lid, komen ten laste van de gezagvoerder van het desbetreffende schip.

2. Behoudens in bij regeling van Onze Minister te bepalen gevallen komen de kosten van inenting van personen of de toediening van profylaxe aan personen ter verkrijging van een certificaat als bedoeld in artikel 58, eerste lid, ten laste van de belanghebbende.

3. Bij regeling van Onze Minister worden de tarieven vastgesteld voor het verkrijgen van de certificaten, bedoeld in de artikelen 57, eerste lid, en 58, eerste lid.

Hoofdstuk VII. Handhaving

§ 1. Toezicht

Artikel 64

Met het toezicht op de naleving van het bij of krachtens deze wet bepaalde zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

Artikel 65

In het geval van een besmetting of infectie of bij een gegrond vermoeden daarvan, zijn binnen hun ambtsgebied de burgemeester, de daartoe door de burgemeester aangewezen ambtenaren van de gemeentelijke gezondheidsdienst en de daartoe aangewezen ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid bevoegd, desgevraagd na het tonen van een legitimatiebewijs, elke plaats te betreden of te verlaten, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van hun taak op grond van deze wet nodig is. Zonodig verschaffen zij zich toegang met behulp van de sterke arm.

§ 2. Strafbepalingen

Artikel 66

1. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft de arts die handelt in strijd met de artikelen 21, eerste, tweede of derde lid, 22, eerste, tweede of derde lid, 24, vierde lid, of 30.

2. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft het hoofd van een laboratorium dat handelt in strijd met artikel 25, tweede of vijfde lid.

3. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft het hoofd van een instelling die handelt in strijd met artikel 26, eerste lid.

4. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft de gezagvoerder die handelt in strijd met artikel 50, eerste of tweede lid, of die weigert te voldoen aan een verzoek als bedoeld in de artikelen 51 en 53, derde lid, onder b.

5. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven die handelt in strijd met artikel 50, vierde lid.

6. Met een hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft degene die handelt in strijd met het bepaalde bij of krachtens artikel 58, eerste en derde lid.

7. De in het eerste tot en met zesde lid strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.

Artikel 67

1. Met een hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft degene die zich onttrekt aan de krachtens de in de artikelen 38, eerste lid, of 47, tweede of derde lid, onder a of b, ten aanzien van hem genomen maatregelen, dan wel de in artikel 47, derde lid, onder c, bedoelde waren onttrekt aan een krachtens dat lid genomen maatregel.

2. Met hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft het onbevoegd betreden van een voor isolatie of quarantaine aangewezen locatie.

3. Met een hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft de exploitant van een burgerhaven of burgerluchthaven die handelt in strijd met artikel 49, tweede lid, of met een krachtens artikel 54 gegeven opdracht.

4. Met een hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft de burgerexploitant die handelt in strijd met artikel 49, derde lid, of met een krachtens artikel 54 gegeven opdracht.

5. Met een hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft de vervoersexploitant die handelt in strijd met een krachtens artikel 55 gegeven opdracht.

6. De in het eerste tot en met vijfde lid strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.

Artikel 68

1. Met een gevangenisstraf van ten hoogste vier jaar of geldboete van de vijfde categorie wordt gestraft degene die handelt in strijd met opdrachten die krachtens artikel 53, eerste of tweede lid, zijn gegeven.

2. Met een gevangenisstraf van ten hoogste vier jaar of geldboete van de vijfde categorie wordt gestraft de gezagvoerder die handelt in strijd met artikel 53, derde lid, onder a.

3. Met een gevangenisstraf van ten hoogste vier jaar of geldboete van de vijfde categorie wordt gestraft degene die zich onttrekt aan een op grond van de artikelen 31 of 35 ten aanzien van hem genomen maatregel.

4. De in het eerste, tweede en derde lid strafbaar gestelde feiten zijn misdrijven.

Hoofdstuk VIII. Overige bepalingen

Artikel 69

[Wijzigt de Algemene wet bestuursrecht.]

Artikel 70

[Wijzigt de Waterleidingwet.]

Artikel 71

[Wijzigt de Wet hygiëne en veiligheid badinrichtingen en zwemgelegenheden.]

Artikel 72

[Wijzigt de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg.]

Artikel 73

[Wijzigt de Wet op de lijkbezorging.]

Artikel 74

De Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet worden ingetrokken.

Artikel 75

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 76

Deze wet wordt aangehaald als: Wet Publieke Gezondheid.

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

's-Gravenhage, 9 oktober 2008

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

Uitgegeven de achttiende november 2008

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin

WAT ZEGT DE WPG OVER DE GEMEENTELIJKE NOTA
In artikelen 2, 5, 6, 13 en 16 gaat de Wet Publieke Gezondheid in op het gemeentelijke gezondheidsbeleid. De betreffende artikelen en de memorie van toelichting op deze artikelen volgen hieronder.

Artikel 2

1. Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

   a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking,
   b. het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie,
   c. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen,
   d. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma?s, met inbegrip van programma?s voor de gezondheidsbevordering,

e. het bevorderen van medisch milieukundige zorg,
f. het bevorderen van technische hygiënezorg,
g. het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid, en kunnen met het oog op de in het eerste lid bedoelde taak regels worden gesteld over de verstrekking van niet tot een persoon herleidbare gegevens aan het college van burgemeester en wethouders door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg en kan deze verstrekking verplicht worden gesteld. Voor zover het de gegevensverstrekking door personen en instellingen aan het college van burgemeester en wethouders betreft, bevat deze algemene maatregel van bestuur regels over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten.

Artikel 5

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.

2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren,
b. het ramen van de behoeften aan zorg,
c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van het perinatale onderzoek op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voorkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma,
d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding,
e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

3. [Dit lid is nog niet in werking getreden.]

4. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

Artikel 5a

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg.

2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
b. het ramen van de behoeften aan zorg;
c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

Artikel 6

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval behoort:

a. het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied,
b. het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing,
c. bron- en contactopsporing bij meldingen als bedoeld in de artikelen 21, 22, 25 en 26.

2. De burgemeester geeft leiding aan de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, alsook de directe voorbereiding daarop en draagt zorg voor de toepassing van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de taken, bedoeld in het eerste en tweede lid, nader worden uitgewerkt.

Artikel 13

1. Onze Minister stelt elke vier jaar een nota landelijke prioriteiten en een landelijk programma vast op het gebied van de publieke gezondheidszorg.

2. De gemeenteraad stelt vóór 1 juli 2011 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 5 en 6 genoemde taken, alsmede aan de in artikel 16 genoemde verplichting

Artikel 16

Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

DE MEMORIE VAN TOELICHTING OVER DE GEMEENTELIJKE NOTA

In het artikelsgewijze deel van de Memorie van Toelichting bij de WPG wordt de invulling van de gemeentelijke nota verder toegelicht. Onder meer komt aan bod wat de strekking van de taken is die in deze nota aan de orde moeten komen, waarom er besloten is tot een nadere omschrijving of een aanvulling en welke activiteiten verband houden met deze taken. Hieronder volgt de artikelsgewijze toelichting van de Memorie van Toelichting bij artikelen 2, 5, 6, 13 en 16.

Artikel 2

Dit artikel komt overeen met artikel 2 van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Zonder dat inhoudelijke wijziging wordt beoogd, is het artikel redactioneel gecomprimeerd. In het tweede lid, onderdeel d, is «gezondheidsvoorlichting en -opvoeding» vervangen door het begrip gezondheidsbevordering, omdat eerstgenoemde omschrijving is verouderd. Op grond van het eerste lid blijft het college van burgemeester en wethouders ervoor verantwoordelijk dat de publieke gezondheidszorg wordt bevorderd. Dat impliceert dat het college van burgemeester en wethouders actief naar buiten treedt om samen met anderen, die hiervoor functioneel het meest zijn aangewezen, de benodigde activiteiten op te zetten. Het is tevens van belang dat de continuïteit en de samenhang tussen de verschillende aspecten in dit brede gebied worden gewaarborgd. Daarnaast is het van belang, opdat gescheiden circuits worden vermeden, dat de afstemming met de curatieve gezondheidszorg ter hand wordt genomen. Hieraan is nieuw toegevoegd dat het college ook dient te zorgen voor de afstemming met de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De publieke gezondheidszorg dient immers ook in dat opzicht goed te worden afgestemd. De organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen wordt nu geregeld op grond van de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en straks op grond van de voorgenomen Wet veiligheidsregio's. In het tweede lid wordt omschreven welke werkzaamheden het college dient uit te voeren ter uitvoering van de bevorderingstaak, bedoeld in het eerste lid. Op grond van het derde lid zullen deze werkzaamheden bij algemene maatregel van bestuur nader worden uitgewerkt. Daarbij zullen ook de werkzaamheden betreffende de bevordering van de medischmilieukundige zorg, de technische hygiënezorg en de psychosociale hulp bij rampen nader worden uitgewerkt. Naast de in dit artikel omschreven bevorderingstaak worden in de artikelen 5 en 6 van dit voorstel de terreinen

aangewezen waarbij de gemeente zelf verantwoordelijk is voor de uitvoering: de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Deze twee artikelen komen Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 316, nr. 3 33 overeen met de artikelen 3 en 3a van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. In het derde lid komt tevens artikel 8, eerste en derde lid, van de Wet collectieve preventie volksgezondheid terug. Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat met het oog op de hierboven genoemde bevorderingstaak personen en instellingen die werkzaam zijn op het terrein van de volksgezondheid aan het college van burgemeester en wethouders bepaalde gegevens dienen te worden verstrekt. Het gaat hier om de situatie dat op basis van vrijwillige informatie-uitwisseling in kwalitatief of kwantitatief opzicht onvoldoende gegevens voorhanden zijn om deze taak uit te voeren. Opdat het duidelijk is dat het hier niet om tot een persoon herleidbare gegevens mag gaan, is dit expliciet in het artikellid tot uitdrukking gebracht.

Artikel 5

Dit artikel komt overeen met artikel 3a van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en maakt het college van burgemeester en wethouders verantwoordelijk voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Het derde lid, dat digitale gegevensopslag bij de jeugdgezondheidszorg verplicht stelt, is nieuw. De in het tweede lid genoemde werkzaamheden ter uitvoering van de taak, bedoeld in het eerste lid, zullen op grond van het vierde lid bij algemene maatregel van bestuur nader worden bepaald. Op die wijze zal ook de differentiatie van de werkzaamheden bij de jeugdgezondheidszorg tussen een uniform deel en een maatwerk deel worden gehandhaafd. Het uniform deel omvat zorg die aan iedereen in de doelgroep op uniforme wijze moet worden aangeboden en waarbij geen gemeentelijke beleidsvrijheid bestaat. Het algemeen deel omvat zorg die op de plaatselijke omstandigheden en op de behoefte van de jeugdige is afgestemd. Het aanbieden van vaccinaties en het perinatale onderzoek op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) blijven expliciet uitgezonderd van de werkzaamheden. De financiering daarvan blijft vooralsnog lopen via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 316, nr. 3 34

Artikel 6

Eerste lid
Het eerste lid van dit artikel komt overeen met artikel 3, eerste lid, van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en maakt het college van,burgemeester en wethouders verantwoordelijk voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding. Een van de in dat kader te verrichten werkzaamheden is het nemen van algemene preventieve maatregelen, bijvoorbeeld in het kader van de voorbereiding op een grieppandemie. Het gaat hier om maatregelen waarvoor het college van burgemeester en wethouders zelf verantwoordelijk is en waarbij het voor de hand ligt dat de gemeentelijke gezondheidsdienst een belangrijke rol speelt. Deze taak is dus een andere dan het bevorderen van technische hygiënezorg. Bij technische hygiënezorg gaat het om het nagaan waar een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen en nemen van maatregelen om die risico's in te dammen. Het college dient in het kader van die bevorderingstaak er zoveel mogelijk voor te zorgen dat bedrijven, bijvoorbeeld scholen of tatoeage- en piercingstudio's, waar dergelijke risico's bestaan, dit onderzoek en deze maatregelen ook treffen. Die bedrijven zijn hier echter uiteindelijk zelf verantwoordelijk voor. Indien er daadwerkelijk een volksgezondheidsrisico ontstaat, zal de burgemeester dienen op te treden. Deze heeft ook de bevoegdheden om de dwingende maatregelen, vervat in hoofdstuk V van dit voorstel, toe te passen. Bron- en contactopsporing is als werkzaamheid voor het college van burgemeester en wethouders in het kader van de algemene infectieziektebestrijding ook overgenomen uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Hoewel de Wet collectieve preventie volksgezondheid dit beperkt tot de situaties dat er een vermoeden op een epidemie van een infectieziekte aanwezig is, vindt er in de praktijk altijd bron- en contactopsporing plaats wanneer er sprake is van een infectueuze ziekte die zich onder de bevolking kan verspreiden. Daarom is het eerste lid, onder b en c, bron- en contactopsporing als taak gekoppeld aan de meldingen, als bedoeld in de artikelen 21, 22, 25 en 26, alsook aan de bestrijding van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen. In alle gevallen vindt bron- en contactopsporing plaats op grond van vrijwillige medewerking van de betrokkenen. Alleen in geval van bronopsporing waarbij gebouwen, vervoermiddelen, goederen of waren verdacht zijn van besmetting, kan op grond van artikel 47 in samenhang met artikel 65 betrokkenen worden gedwongen om medewerking te verlenen.

Tweede lid

De in het tweede lid opgenomen taak voor de burgemeester vormt een neerslag van waar de Quarantainewet expliciet en de Infectieziektenwet impliciet al in voorzien. Het formuleren ervan is nodig vanwege de in artikel 7 van het voorstel opgenomen taak en bevoegdheid voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om in bepaalde gevallen de burgemeester aan te sturen. De burgemeester geeft op grond van het tweede lid, als eenhoofdig bestuursorgaan, leiding aan de bijzondere bestrijding van infectieziekten, waarbij inzet van dwingende maatregelen kan zijn vereist. Daaronder valt in ieder geval de bestrijding van een epidemie. Dit is in lijn met de leidinggevende positie die aan de burgemeester is toegekend bij calamiteiten of crisissituaties van andere aard, waarbij deze leiding geeft aan het optreden van de politie en de brandweer. Van bijzondere bestrijding is sprake zodra ter afwending van een acute bedreiging van de volksgezondheid maatregelen gericht op de bevolking in overweging moeten worden genomen. Dit kan vanzelfsprekend ook een individueel geval van infectiegevaar voor de omgeving betreffen. Natuurlijk hoeft de burgemeester ter Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 316, nr. 3 35 uitvoering van de bijzondere infectieziektebestrijding niet altijd over te gaan tot het inzetten van dwingende maatregelen. De medewerking van de bevolking op vrijwillige basis aan te treffen noodzakelijke maatregelen staat immers voorop bij de infectieziektebestrijding. Als vrijwillige medewerking echter niet voldoende is om het gevaar af te wenden, dan zal de inzet van de maatregelen uit hoofdstuk V zijn aangewezen.

Artikel 13

Dit artikel komt overeen met de artikelen 3b en 7, tweede lid, van de Wet collectieve preventie Volksgezondheid en regelt de verplichting voor de gemeenteraad om elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Daarin dient de raad in ieder geval aan te geven hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de algemene taak ter zake van de publieke gezondheidszorg en de specifieke taken betreffende de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Aansluitend op de huidige cyclus waarin uitvoering wordt gegeven aan deze verplichting, dient, op grond van artikel 13 de volgende nota vóór 1 juli 2011 te verschijnen.

Artikel 16

Dit artikel komt overeen met artikel 5, tweede lid, van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en strekt ertoe dat het college van burgemeester de deskundige raad van de gemeentelijke gezondheidsdienst inwint voordat belangrijke besluiten betreffende de publieke gezondheidszorg worden genomen.

Bijlage 10 Gebruikte afkortingen

ABW	Algemene Bijstandswet
AGS	Adrenogenitaal syndroom
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
ANBO	Algemene Nederlandse bond voor ouderen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIZ	Bureau informele zorg
BMR	Bof -, mazelen- en rode hondvaccinatie
BSV	Beter structuur visie
CBR	Centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHT	Congenitale hypothyroïde
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJG	Centrum voor Jeugd en gezin
COBK	Christelijke Ouderenbond Katwijk
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DKTP	Difterie -, kinkhoest -, poliomyelitis - en tetanusvaccinatie
EKD	Elektronisch Kinddossier
GALM	Groninger Actief Leven Model
GSM	Global system for mobile communication
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD HM	Gemeentelijke Gezondheidsdienst Hollands Midden
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige hulpdienst bij ongevallen en rampen
GOA	Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid
HCHWA-D	Hereditary Cerebral Hemorrhage With Amyloidosis-Dutchtype
HOED	Huisartsen onder één dak
IAD	Integrale aanpak depressiepreventie
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JIF	Jongeren Informatie Functies
KRV	Katwijk Rijnsburg Valkenburg
MAVO	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
MOA	Medische opvang asielzoekers
NIBUD	Nederlands Instituut voor Budgetvoorlichting
NL	Nederland
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg

PGO	Preventief gezondheidsonderzoek
PKU	Phenylketonurie
PO	Primair Onderwijs
RAD	Regionale Ambulance Dienst
RCG	Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord
RDB	Regio Duin- en Bollenstreek
REOS	Regionale eerstelijns ondersteuningsstructuur
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SMART	Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch en Tijdsgebonden
STGR	Stichting Thuiszorg Groot Rijnland
SWOK	Stichting welzijn ouderen Katwijk, Rijnsburg en Valkenburg
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
VBO	Voorbereidend beroepsonderwijs
VIR	Verwijsindex Risicojongeren
VO	Voortgezet Onderwijs
VPTZ	Palliatieve Terminale Thuiszorg
VSV	Vroegtijdige schoolverlaters
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenning
VVE	Voor - en vroegschoolse Educatie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAZ	Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen
Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WZW	Wonen Zorg Welzijn
ZAT	Zorg - en adviesteam
ZHN	Zuid-Holland Noord

Bijlage 11 Literatuur

Hoofdstuk 1 Inleiding

1. Gemeente Katwijk
   http://www.katwijk.nl

Hoofdstuk 2 De visie op gezondheid

2. Ambtelijke Projectgroep Regionaal Gezondheidsbeleid: Kadernota Regionaal Gezondheidsbeleid, december 2001
   http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=11595&VolgNr=1
3. RIVM: Het VTV-model: relaties, prestaties, indicatoren, 28 juni 2006
   http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5423n30044.html
4. Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg, handreiking gemeenten, SGBO

Hoofdstuk 3 Actuele beleidsontwikkelingen

5. Convenant ketenaanpak jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning Zuid-Holland Noord 2007-2010
6. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord. November 2006.* GGD Hollands Midden, Leiden.
7. Regionale commissie gezondheidszorg Zuid-Holland Noord
   http://www.rcgzhn.nl
8. Ministerie van VWS: Informatiebrochure Wet op de jeugdzorg, januari 2005
   http://www.minvws.nl/images/fo-wet-jeugdzorg_tcm19-96761.pdf
9. Ministerie van VWS: Centrum voor Jeugd en Gezin Kamerstuk, 23 oktober 2006
   http://www.minvws.nl/kamerstukken/djb/2006/centrum-voor-jeugd-en-gezin.asp
10. Centraal bureau voor de Statistiek: Ongeveer 241 duizend mensen onverzekerd tegen ziektekosten. 2 mei 2007
    http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheidwelzijn/publicaties/persberichten/archief/2007/2007-034-pb.htm
11. Gemeente Katwijk
    http://www.katwijk.nl
12. Gemeente Katwijk. Collegebeleidsprogramma 2006-2010 *Samen aan de slag!*
13. Gemeente Katwijk. *WMO-beleidsplan 2008 – 2011.* Versie 5 december 2007

Hoofdstuk 4 Terugblik en stand van zaken

14. Gemeente Katwijk
    http://www.katwijk.nl

Hoofdstuk 5 Belangrijke feiten gezondheidssituatie Katwijk

15. Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2003-2004).*Factsheets Jongerenpeiling 2003.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
16. Mediator. Kok, F. *Voorkomen dat we zwaar achterop zijn geraakt.* Juli 2006, jaargang 17, nr. 5.
17. Meijer, SA, Smit, F, Schoemaker, CG, Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand.* Evidence–based preventie van psychische stoornissen. RIVM, Bilthoven.
18. Ooijendijk, WTM, Hildebrandt, VH., Hopman-Rock, M. (juni 2006). *Bewegen gemeten 2002-2004.* TNO Kwaliteit van leven, Leiden.
19. Paijmans, IJM., (april 2007) *Kerncijfers Zuid-Holland Noord 2006.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden
20. Paijmans, IJM., Tielen, H., van der Zouwe, N. (mei 2002). *Basis voor gezondheidsbeleid – Informatie over de gezondheidssituatie in de regio Zuid-Holland Noord.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
21. Tielen, H, van den Broek, I, van Dijk, A, Paijmans, I. (2006). *Factsheets Gezondheidspeiling volwassenen en ouderen 2005.* GGD Midden Holland, Leiden.
22. Tielen, H. (oktober 2004). *Scholierenpeiling genotmiddelen en gokken 2003.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
23. Stivoro. Roken, *de harde feiten 2005.* Jeugd en Volwassenen
24. Nationaal Kompas Volksgezondheid
    www.rivm.nl / www.nationaalkompas.nl
25. Nationale Atlas Volksgezondheid
    www.zorgatlas.nl
26. CBS Statline
    www.statline.nl
27. Milieu & Natuurcompendium
    www.mnp.nl

Hoofdstuk 6 Beleidsprioriteiten

28. Brancherapporten VWS. Preventie gericht op milieugerelateerde gezondheidsrisico's. Den Haag: VWS,
    http://www.brancherapporten.minvws.nl versie 2.1, 18 mei 2005
29. Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
    http://www.rivm.nl/gezondheidenmilieu/themas/kwaliteitleefomgeving/lo-beleid/#tcm:31-38703
30. Van Kesteren, DJ. (2004) *Nuchter beleid.* Adviesrapport over lokale mogelijkheden ter preventie van alcohol- of drugsmisbruik van jeugdigen. GGD ZHN, Leiden.
31. Van Wijngaarden, R. (november 2005). Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht. Een handreiking voor gemeenten. GGD ZHN, publicatienummer 05028, Leiden.
32. Van der Zouwe N. (2006), *Eenzame ouderen over de drempel, een inventarisatie van knelpunten en oplossingsrichtingen in Zuid-Holland Noord.* GGD Hollands Midden, Leiden.

33. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
34. Kesteren van, D., Lottman I., Olofsen A., Paijmans IJM., Rhijn van A., Zouwe van der N. *Regionale leeflijnen 2006*. GGD Hollands Midden, Leiden.
35. Gemeente Katwijk. *WMO-beleidsplan 2008 – 2011*. Versie 5 december 2007
36. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu http://www.rivm.nl/cgi-bin/htsearch?config=zoek nl&words=integraal+gezondheidsbeleid&method=and&restrict=&submit=Zoek

Hoofdstuk 7 Uitvoering van de nota

Hoofdstuk 8 Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen

37. Informatiebron voor zorg, welzijn en wonen www.zorgwelrijnland.nl

Bijlage 2 De gezondheidssituatie van de gemeente Katwijk

38. Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2003-2004).*Factsheets Jongerenpeiling 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
39. Mediator. Kok, F. *Voorkomen dat we zwaar achterop zijn geraakt*. Juli 2006, jaargang 17, nr. 5.
40. Meijer, SA, Smit, F, Schoemaker, CG, Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence–based preventie van psychische stoornissen*. RIVM, Bilthoven.
41. Ooijendijk, WTM, Hildebrandt, VH., Hopman-Rock, M. (juni 2006). *Bewegen gemeten 2002-2004*. TNO Kwaliteit van leven, Leiden.
42. Paijmans, IJM., (april 2007) *Kerncijfers Zuid-Holland Noord 2006*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden
43. Paijmans, IJM., Tielen, H., van der Zouwe, N. (mei 2002). *Basis voor gezondheidsbeleid – Informatie over de gezondheidssituatie in de regio Zuid-Holland Noord*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
44. Tielen, H, van den Broek, I, van Dijk, A, Paijmans, I. (2006). *Factsheets Gezondheidspeiling volwassenen en ouderen 2005*. GGD Midden Holland, Leiden.
45. Tielen, H. (oktober 2004). *Scholierenpeiling genotmiddelen en gokken 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
46. Stivoro. *Roken, de harde feiten 2005*. Jeugd en Volwassenen
47. Nationaal Kompas Volksgezondheid www.rivm.nl / www.nationaalkompas.nl
48. Nationale Atlas Volksgezondheid www.zorgatlas.nl
49. CBS Statline

Bijlage 3 De gegevens per dorp uitgesplitst

50. Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2003-2004).*Factsheets Jongerenpeiling 2003.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
51. Mediator. Kok, F. *Voorkomen dat we zwaar achterop zijn geraakt.* Juli 2006, jaargang 17, nr. 5.
52. Meijer, SA, Smit, F, Schoemaker, CG, Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence–based preventie van psychische stoornissen.* RIVM, Bilthoven.
53. Ooijendijk, WTM, Hildebrandt, VH., Hopman-Rock, M. (juni 2006). *Bewegen gemeten 2002-2004.* TNO Kwaliteit van leven, Leiden.
54. Paijmans, IJM., (april 2007) *Kerncijfers Zuid-Holland Noord 2006.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden
55. Paijmans, IJM., Tielen, H., van der Zouwe, N. (mei 2002). *Basis voor gezondheidsbeleid – Informatie over de gezondheidssituatie in de regio Zuid-Holland Noord.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
56. Tielen, H, van den Broek, I, van Dijk, A, Paijmans, I. (2006). *Factsheets Gezondheidspeiling volwassenen en ouderen 2005.* GGD Midden Holland, Leiden.
57. Tielen, H. (oktober 2004). *Scholierenpeiling genotmiddelen en gokken 2003.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
58. Stivoro. *Roken, de harde feiten 2005.* Jeugd en Volwassenen
59. Nationaal Kompas Volksgezondheid
    www.rivm.nl / www.nationaalkompas.nl
60. Nationale Atlas Volksgezondheid
    www.zorgatlas.nl
61. CBS Statline
    www.statline.nl
62. Milieu & Natuurcompendium
    www.mnp.nl

Bijlage 4 Verslag Focusgroep Lokaal Gezondheidsbeleid

Bijlage 5 Overzicht gezondheidspeilingen 1998-2005

Bijlage 6 Verslag Werkconferentie Lokaal Gezondheidsbeleid

Bijlage 7 De WMO- prestatievelden

63. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord.* November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.

Bijlage 8 De taken van de GGD

64. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord.* November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.

Bijlage 9 De Wet Publieke Gezondheid

65. http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/geldigheidsdatum_29-04-2009
Geldend op 29-04-2009.

Gemeente Katwijk Koningin Julianalaan 3, 2224 EW Katwijk

Postbus 589 - 2220 AN Katwijk

Huisartsenkring Katwijk
Dhr. Moolenburgh / Dhr. Meewisse
G. v. Prinstererweg 41
2221 AB Katwijk

Contactpersoon
T. Cowall
Maatschappelijke Zaken
Te bereiken op
071 - 406 5618
t.cowall@katwijk.nl
Burgerservicenummer

Zaaknummer
2008-17863 met bijlagen

Katwijk, 3 juli 2009

Verzenddatum

Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012

Geachte heer Moolenburgh/heer Meewisse,

Als genodigde/aanwezige van de werkconferentie Lokaal Gezondheidsbeleid op 4 september 2007 is u de Concept Nota Lokaal Gezondheidsbeleid toegezonden en is de Huisartsenkring Katwijk in de gelegenheid gesteld om een reactie hierop te geven. Op 20 oktober 2008 ontvingen wij uw reactie namens de Huisartsenkring Katwijk per brief en op 24 oktober 2008 ontvingen wij een nagekomen reactie per email.

Op basis van de inhoud uw reactie heeft er een overleg plaatsgevonden tussen de gemeente Katwijk (bestuurlijk/ambtelijk) en u als vertegenwoordiging van de Huisartsenkring. In dit overleg is afgesproken dat de huisartsen schriftelijk aan kunnen geven wat zij precies al doen op het gebied van de vier beleidsprioriteiten van de tweede Nota Lokaal Gezondheidsbeleid. Dit heeft u ook gedaan, voor zover dit uiteraard mogelijk was binnen de gegeven tijd, en wij hebben dit met belangstelling bekeken. Op basis van uw reactie, het overleg en de input die u vervolgens aangeleverd hebt, is de nota aangepast. Op deze aanpassingen hebt u vervolgens ook uw reactie gegeven en zijn er nog enkele tekstuele aanpassingen gedaan.

Het college betreurt het dat het, vanwege personele wisselingen de ambtelijke organisatie, helaas onmogelijk bleek de nota voor midden 2009 af te ronden. De beleidsperiode (aanvankelijk "2008-2012") is om deze reden en na overleg met de GGD, vastgesteld op "2009-2012".

Via deze weg willen wij u de definitieve Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012 en de bijbehorende stukken toesturen.

Wij danken u nogmaals hartelijk voor uw inbreng en inzet en hopen op een vruchtbare verdere samenwerking.

Hoogachtend,
Burgemeester en wethouders van Katwijk,
de secretaris, de burgemeester,

Drs. E. Stolk Drs. J. Wienen

Op alle opdrachten zijn onze algemene voorwaarden van toepassing, die zijn gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Leiden

Gemeente Katwijk Koningin Julianalaan 3, 2224 EW Katwijk

Postbus 589 - 2220 AN Katwijk

Stichting Senioren Adviesraad Katwijk
W.J. van de Velde
Rijnweide 12
2235 EV Valkenburg

Contactpersoon
Tanja Cowall
Maatschappelijke Zaken
Te bereiken op
071 - 406 5618
t.cowall@katwijk.nl
Burgerservicenummer

Zaaknummer
2008-17863

Katwijk, 3 juli 2009

met bijlagen

Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012

Verzenddatum

Geachte heer van de Velde,

Als genodigde/aanwezige van de werkconferentie Lokaal Gezondheidsbeleid op 4 september 2007 is u de Concept Nota Lokaal Gezondheidsbeleid toegezonden en bent u in de gelegenheid gesteld om uw reactie hierop te geven. Op 15 oktober 2008 ontvingen wij uw reactie per email. Via deze brief brengen wij u op de hoogte hoe wij uw reactie verwerkt hebben in de definitieve Nota Lokaal Gezondheidsbeleid.

In uw reactie gaf u aan dat op bladzijde 20, hoofdstuk 3.5.3 van de concept nota staat dat de gemeente voornemens is een klussendienst te realiseren. Stichting SARK zou het moment van realisatie concreter aangegeven willen zien.

Wij kunnen u meedelen dat de klussendienst inmiddels is ingevoerd door Stichting Welzijn Ouderen KRV onder de naam “Werk in Uitvoering”. Dit hebben wij dan ook toegevoegd aan de definitieve nota op bladzijde 21, hoofdstuk 3.5.3. Bijgevoegd vindt u het Raadsbesluit en de bijbehorende stukken.

Het college betreurt het dat het, vanwege personele wisselingen de ambtelijke organisatie, helaas onmogelijk bleek de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid voor midden 2009 af te ronden. De beleidsperiode (aanvankelijk “2008-2012”) is om deze reden en na overleg met de GGD, vastgesteld op “2009-2012”.

Wij danken u nogmaals hartelijk voor uw reactie en hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,
Burgemeester en wethouders van Katwijk,
de secretaris, de burgemeester,

Drs. E. Stolk Drs. J. Wienen

Kopie aan

Op alle opdrachten zijn onze algemene voorwaarden van toepassing, die zijn gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Leiden

Gemeente Katwijk Koningin Julianalaan 3, 2224 EW Katwijk

Postbus 589 - 2220 AN Katwijk

Platform Kocon
Thea Guijt
Callaoweg 1
2223 AS Katwijk

Contactpersoon
T. Cowall
Maatschappelijke Zaken
Te bereiken op
071 - 406 5618
t.cowall@katwijk.nl
Burgerservicenummer

Katwijk, 3 juli 2009

Zaaknummer
2008-17863 met bijlagen

Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012

Verzenddatum

Geachte mevrouw Guijt,

Als genodigde/aanwezige van de werkconferentie Lokaal Gezondheidsbeleid op 4 september 2007 is u de Concept Nota Lokaal Gezondheidsbeleid toegezonden en bent u in de gelegenheid gesteld om uw reactie hierop te geven. Op 14 oktober 2008 ontvingen wij uw reactie per email. Via deze brief brengen wij u op de hoogte hoe wij uw reactie verwerkt hebben in de definitieve Nota Lokaal Gezondheidsbeleid.

Uw reactie bestond uit drie opmerkingen:

1. Platform Kocon geeft aan dat op bladzijde 31, 1e lijst, 1e aandachtsstreepje in de concept nota staat dat er (vanuit Platform Kocon) gastlessen mogelijk zijn in het basisonderwijs. Deze worden echter niet uitgevoerd door/vanuit Platform Kocon, maar vanuit de GGD HM.

2. Platform Kocon geeft aan dat op bladzijde 32, actiepunt 6 van de concept nota staat dat "de gemeente beleidsmaatregelen heeft getroffen met sportverenigingen om een alcoholmatigingsbeleid te hanteren", maar dat zij aannemen dat dit een voornemen is, omdat zij er niet van op de hoogte zijn welke beleidsmaatregelen er (al) genomen zijn.

3. Het valt Platform Kocon op dat het onderwerp "armoede" ontbreekt, terwijl "Kiezen voor gezond leven" (VWS) alleen kan als je voldoende middelen hebt hiervoor. Armoede heeft invloed op (de mogelijkheden voor) een gezonde leefstijl en het (kunnen) maken van gezonde keuzes.

Wij hebben uw reactie op de volgende wijze verwerkt in de definitieve nota:

1. Blz. 34, hoofdstuk 6.4.3: Wat betreft het preventieaanbod van genotmiddelengebruik zijn in de regio ZHN vooral Brijder Verslavingszorg en de GGD verantwoordelijk. De GGD voert projecten uit in het voortgezet en primair onderwijs gericht op genotmiddelenpreventie. *Zo zijn er bijvoorbeeld gastlessen mogelijk.*
Op Blz. 34, 1e lijst, 1e aandachtsstreepje is weggehaald: *Er zijn gastlessen mogelijk in het basisonderwijs.*

2. Deze beleidsmaatregelen zijn inderdaad nog niet genomen. Het is een actiepunt, wat betekent dat de gemeente dit wil bereiken in de komende vier jaar. Daarom geen aanpassingen in de nota aangebracht.

Op alle opdrachten zijn onze algemene voorwaarden van toepassing, die zijn gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Leiden

Ons kenmerk
2008-17863

3. Een stukje over armoede is opgenomen op Blz. 23, hoofdstuk 3.5.9: *Het aspect "armoede" kan van invloed zijn op de gezondheid van burgers. "Kiezen voor gezond leven" (VWS) kan ten slotte alleen als je voldoende middelen hebt hiervoor. Armoede kan bijvoorbeeld invloed hebben op (de mogelijkheden voor) een gezonde leefstijl en het (kunnen) maken van gezonde keuzes. Hiertoe heeft de gemeente Katwijk een ruimhartig minimabeleid ontwikkeld. Zo zijn er maatregelen genomen voor inkomensondersteuning en ondersteund de gemeente zaken als de Voedselbank en het Project Broodnodig.*

Bijgevoegd vindt u het Raadsbesluit en de bijbehorende stukken. Het college betreurt het dat het, vanwege personele wisselingen de ambtelijke organisatie, helaas onmogelijk bleek de nota voor midden 2009 af te ronden. De beleidsperiode (aanvankelijk "2008-2012") is om deze reden en na overleg met de GGD, vastgesteld op "2009-2012".

Wij danken u nogmaals hartelijk voor uw reactie en hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,
Burgemeester en wethouders van Katwijk,
de secretaris, de burgemeester,

Drs. E. Stolk Drs. J. Wienen